Rok XXXIX. Kraków, 22 Grudnia 1900. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni Dra Roux w instytucie Pasteura w Paryżu.

Przyczynek do sprawy powstawania gruzełka.

Podał

Dr. B. Dembiński.

Sprawa powstawania gruzełka oddawna dzieli histologów na dwa obozy.

Podczas gdy Koch, Cornil, Miecznikow, Borrel twierdzą, iż tworzy się on z komórek ruchomych, czyli białych ciałek krwi, inni, jako to: Wagner, Baumgarten Ziegler, Strauss, Broden dowodzą, iż powstaje on z komórek stałych pewnego narządu [1]).

Pierwsze z tych zapatrywań najpoważniej reprezentuje praca Borrela[2]). Według niego prątki, wprowadzone do obiegu krwi, zostają natychmiast pochłonięte przez ciałka wielojądrowe. Przez dwadzieścia cztery godziny postać rzeczy się nie zmienia. Po upływie doby leukocytoza jest mniej ogólną, a na trzeci dzień leukocyty zaczynają podlegać zwyrodnieniu: jądro ich staje się mętne, lub rozpada się na grudki chromatynowe; około piątego dnia ciałka wielojądrowe znikają zupełnie. Od końca drugiego dnia tj. od chwili, gdy komórki wielojądrowe zaczynają podlegać zwyrodnieniu, zjawiają się leukocyty jednojądrowe: są to komórki duże, o jądrze jedynem, lecz wielkiem, o protoplazmie obfitej. Przez spajanie się tych komórek powstają komórki olbrzymie. Na trzeci dzień gruzełek już jest zupełnie utworzony: za środek służy mu zwykle naczynie włoskowate, bardzo rozszerzone. W środku samego naczynia znajdują się komórki wielojądrowe zwyrodniałe, a naokoło jedna lub kilka komórek olbrzymich, zawierających zawsze prątki gruźlicze. Nazewnątrz naczynia gromadzi się znaczna ilość limfocytów, tj. małych komórek jednojądrowych o dużem jądrze i o skąpej protoplazmie.

Tak więc podług Borrela gruzełek powstaje zawsze z leukocytów jednojądrowych.

Drugie zapatrywanie podaje najdokładniej praca Brodena[3]). Podług tego autora, u zwierząt, którym zaszczepiono prątki gruźlicze do otrzewnej, tworzy się wysięk, który początkowo zawiera wyłącznie białe ciałka wielojądrowe, obdarzone ruchem pełzakowatym. Od drugiego dnia nie spotyka się prątków leżących wolno; znajdują się one przeważnie wewnątrz leukocytów, a po części w komórkach stałych danego narządu. Wreszcie, w kilka dni później leukocyty, zawierające prątki, znikają zupełnie i te ostatnie znajdują się tylko w komórkach stałych.

Broden więc dochodzi do wniosku, iż leukocyty tylko na początku odgrywają rolę, później zaś rolę ich obejmują stałe komórki, które dzieląc się wytwarzają gruzełek.

Podawszy streszczenie dwóch najpoważniejszych, a sprzecznych ze sobą prac, dotyczących powstawania gruzełka, przechodzimy do opisu własnych naszych badań, zmierzających do wyświetlenia tej spornej sprawy.

Technika. By dokładnie rozróżnić komórki śródbłonkowe od innego rodzaju komórek, napuszczaliśmy sieć *(epiploon)*, rozpostartą na szkiełku, jednoprocentowym rozczynem azotanu srebrowego, następnie przepłókiwaliśmy preparat wodą i zostawiając na nim cienką warstwę wody, wystawialiśmy na światło słoneczne, by otrzymać redukcyę. Po ukończeniu tej sprawy utrwalaliśmy preparat płynem Flemminga: (kwas chromowy 1% — 15 cz. kwas osmowy 3% 4 cz. kwas octowy 1 cz.), w którym go zostawialiśmy przez 24 godziny i barwiliśmy 10% rozczynem mięszaniny następującej:

Magenta	$10{,}_0$
Alkohol	$300{,}_0$
Kwas karbolowy	$6{,}_0$

Po półgodzinnem działaniu płókaliśmy preparat wodą i barwiliśmy powtórnie pikro-indygo-karminem, który to barwnik przygotowuje się w ten sposób, iż do 100 c. sz. nasyconego rozczynu wodnego indygokarminu dodaje się 65 c. sz. nasyconego rozczynu kwasu pikrynowego.

Sposób powyższy pozwala dokładnie rozróżnić rozmaitego rodzaju komórki, ale prątki pozostają niezabarwione. By je zabarwić, utrwalaliśmy preparat w zakwaszonym rozczynie sublimatu, poczem barwiliśmy fuksyną i błękitem metylenu utlenionym, który zabarwia daleko silniej niż błękit zwyczajny. Barwnik ten przygotowuje się (podług Borrela) w ten sposób: Soda gryząca osadza z azotanu srebrowego tlenek srebra. Ten ostatni, przepłókany starannie wodą i dodany do błękitu metylu, utlenia go i przekształca chlorek błękitu na tlenek błękitu.

Po zbadaniu sprawy tworzenia się gruzełka na preparatach utrwalonych i zabarwionych, przystąpiliśmy do badania tkanki żywej, umieściwszy ją w termostacie w ciepłocie 37°C. Musimy odrazu zauważyć, że sposób ten jest daleko

---

[1]) Droba dowodzi w najnowszych swych badaniach *(Akademia Umiejęt. w Krakowie* Lipiec, 1900) związku powstawania pewnych przynajmniej części gruzełka (tworów olbrzymich) z komórkami stałych naczyń krwionośnych. Dowiedziawszy się o badaniach Droby już po ukończeniu i oddaniu do druku tej pracy, nie mogę ich już szczegółowo uwzględnić.

[2]) Borrel. Tuberculose pulmonaire expérimentale. *Annales de l'Institut Pasteur.* 1893 str. 593.

Borrel. Tuberculose expérimentale du rein *Annales de l'Institut Pasteur.* 1894 str. 65.

[3]) Broden. Recherches sur l'histogénèse du tubercule. *Archives de méd. exp. et d'anat. path.* 1899 n. 1.

gorszy od pierwszego, gdyż bez utrwalenia i zabarwienia obrazy nie są jasne i nie pozwalają na odróżnienie jednych komórek od drugich. Z trudnością nawet spostrzegać można ruchy pełzakowate leukocytów, które zresztą łatwo można pomięszać z ruchami Browna.

Opis sieci prawidłowej. Przed opisem zmian, które zachodzą w sieci po wstrzyknięciu prątków gruźliczych, powiedzmy naprzód słów kilka o jej budowie prawidłowej.

Przy badaniu drobnowidowem preparatu, napuszczonego azotanem srebrowym i zabarwionego pikro-indygo-karminem, najpierw wpadają w oczy włókna tkanki łącznej, zabarwionej na blado-niebiesko. Biegnąc i przecinając się w rozmaitych kierunkach, włókna te tworzą siatkę o okach mniejszych lub większych.

Na tem podłożu z tkanki łącznej spoczywa warstwa komórek płaskich, których zarysy, napuszczone azotanem srebrowym, tworzą wieloboki o bokach nieregularnych i krętych. Komórki te zawierają jądra o bardzo delikatnej siatce chromatynowej, barwiącej się na różowo pikro-indygo-karminem; są one dosyć duże, kształtu owalnego, prawie wszystkie jednakowych rozmiarów. Niektóre komórki posiadają jedno tylko jądro, inne dwa, trzy lub więcej.

W pobliżu naczyń znajduje się inny rodzaj komórek: małych, okrągłych, których jądro jest okrągłe lub owalne i zabarwia się ciemno-czerwono pikro-indygo-karminem. Protoplazma tych komórek, otaczająca cienką warstwą jądro, barwi się blado-niebiesko, w niektórych zaś nie można dostrzedz zupełnie protoplazmy. Komórki te są limfocytami.

Obok limfocytów spostrzegamy komórki wrzecionowate o jądrach owalnych, zabarwionych ciemno-czerwono. Protoplazma nie otacza jednostajnie jąder tych komórek, lecz na ich biegunach tworzy dwa przedłużenia w kształcie wrzeciona. Są to komórki tkanki łącznej.

Tak więc sieć prawidłowa składa się z włókien tkanki łącznej, na której spoczywa warstwa komórek śródbłonkowych, a prócz tego w pobliżu naczyń znajdują się limfocyty i komórki tkanki łącznej.

Sieć zmieniona gruźliczo. W doświadczeniach naszych posługiwaliśmy się prątkami martwymi i wysuszonymi, gdyż w tym stanie łatwiej można ważyć cząstki hodowli, a przez to staje się możliwem wstrzykiwanie wszystkim królikom ściśle jednakowej dawki. Postępowania tego tembardziej użyć można, że doświadczenia wykazały nam, iż zmiany, zachodzące w otrzewnej królika, są takiesame bez względu na to, czy się wstrzykuje hodowlę martwą czy też żywą. Wstrzykiwaliśmy więc każdemu królikowi dwadzieścia miligramów hodowli wysuszonej i martwej, rozmąconej w 5 c. sz. wody wyjałowionej.

Zmiany sieci po dwudziestu czterech godzinach. Na preparacie sieci, zabarwionym błękitem metylenu utlenionym i fuksyną, spostrzegamy w dobę po wstrzyknięciu naprzód wszystkie komórki spotykane w sieci prawidłowej, lecz prócz tego występują jeszcze nowe swoiste składniki; a mianowicie komórki wielojądrowe, o jądrach małych, ciemno-niebieskich, ułożonych często w kształcie korony, o protoplazmie obfitej, blado-niebieskiej. Komórki te znajdują się wewnątrz lub obok naczyń. Wiele z tych komórek, czyli leukocytów wielojądrowych, zawiera prątki, ale spotyka się również prątki, leżące wolno, poza komórkami.

Zmiany sieci po 48 godzinach. Po 48 godzinach leukocyty wielojądrowe są już nieliczne i nie zawierają prątków. Większość tych komórek wyemigrowała do gruczołów, albo też została pochłonięta przez nowe składniki, zjawiające się w naczyniach i koło nich, które są znamienne dla tego okresu zmian gruźliczych sieci. Są to komórki okrągłe lub owalne, mniejsze i mniej regularne, niż komórki śródbłonkowe. Jądro ich zabarwia się błękitem metylenu na barwę niebieską, lecz jaśniejszą od jądra limfocytów, a pikro-indygo-karminem ciemno-czerwono. Kształt jego bywa okrągły lub owalny i wtedy zajmuje ono środek komórki, lecz najczęściej ma kształt ziarnka soczewicy lub fasoli i leży na obwodzie komórki. Protoplazma jest obfita i barwi się blado-niebiesko. Wiele z tych komórek zawiera prątki.

Komórki te, należące do kategoryi leukocytów jednojądrowych, zjawiają się w 48 godzin po wstrzyknięciu prątków. Spostrzega się je naprzód wewnątrz i koło naczyń. Od trzeciego dnia leukocyty zbierają się w gromadki i wytwarzają gruzełki.

W jednym z naszych preparatów zauważyliśmy dwa gruzełki, ponad którymi przebiega warstwa komórek śródbłonkowych. Zjawisko to daje się spostrzedz wtedy tylko, gdy się uda uchwycić początek tworzenia się gruzełka. Później, gdy gruzełek się powiększa i szczególniej gdy zaczyna ulegać zwyrodnieniu, warstwa komórek śródbłonkowych rozpada się i niszczeje.

Przyroda komórek jednojądrowych. Należy teraz zastanowić się nad przyrodą komórek jednojądrowych, które występują po 48 godzinach od wstrzyknięcia prątków.

Wielu autorów, a mianowicie: Baumgarten, Ziegler, Broden i inni uważają te komórki za komórki stałe danego narządu.

Broden twierdzi, że o przyrodzie tych komórek można mieć dwa zdania: są to albo leukocyty jednojądrowe, albo komórki śródbłonkowe. Zdaniem Brodena nie ma żadnego powodu, by uważać te komórki za leukocyty jednojądrowe: „Różnią się one pod wszystkimi względami i nie można znaleźć postaci pośrednich pomiędzy białemi ciałkami a tą specyalną formą. Badane przy ciepłocie ciała nigdy nie przedstawiają one ani śladu ruchów pełzakowatych [1]).

Dowody Brodena uważamy za niedostateczne, a to dla następujących przyczyn: Broden, jak wielu innych autorów, niesłusznie uważa za leukocyty tylko dwa rodzaje białych ciałek: białe ciałka o wielu jądrach (leukocyty wielojądrowe) i białe ciałka małe o jądrze mocno się barwiącem i o skąpej protoplazmie (limfocyty). Istnieje bowiem wiele jeszcze rodzajów komórek, które uważać trzeba za leukocyty.

Podług Ehrlicha cztery są rodzaje leukocytów: 1) limfocyty: małe komórki objętości czerwonych ciałek, o jądrze dużem, okrągłem, barwiącem się błękitem metylenu ciemno niebiesko, o skąpej protoplazmie; 2) komórki wielkie, które posiadają wielkie jądro blado niebieskie i obfitą protoplazmą; 3) komórki, podobne do poprzednich, lecz z jądrem w kształcie nerki, lub ziarnka fasoli; 4) komórki o wielu jądrach, połączonych cienkiemi włókienkami i o obfitej protoplazmie.

Komórki, z których powstaje gruzełek, są to właśnie

[1]) Broden l. c.

komórki o protoplazmie obfitej, o jądrze barwiącem się blado-niebiesko błękitem metylenu i posiadającem kształt owalny lub też nerkowaty i wskutek tego należy je uważać za leukocyty, należące do drugiej lub trzeciej gromady Ehrlicha.

Co do zarzutu, iż te komórki, badane przy ciepłocie ciała, nie wykazują ani śladu ruchów pełzakowatych, to należy zauważyć, że ruchy te trudno stwierdzić nawet u leukocytów wielojądrowych, a więc temsamem nie mogą one służyć za podstawę sądu o przyrodzie komórek.

Broden, który uznaje tylko dwa rodzaje leukocytów, a mianowicie: wielojądrowe i limfocyty, jest zmuszonym uważać komórki, tworzące gruzełek, za komórki śródbłonkowe lub łącznotkankowe „Komórki śródbłonkowe, do których przyłączają się wkrótce komórki głębiej położone (łącznotkankowe), pochłaniają szybko prątki gruźlicze. Komórki te pęcznieją i dzieląc się, tworzą twór, zwany gruzełkiem [1]).

Ten pogląd Brodena wypływa z błędów technicznych. Autor wyprowadza przeważnie swoje wnioski z badania sieci żywej, bez utrwalenia i barwienia, wiadomo jednak, że komórki żyjące są niewyraźne i trudno je odróżnić od siebie, co do ich przyrody. Dalej, do barwienia używa autor tylko jednego barwnika, hematoksyliny lub safraniny i przez to nie otrzymuje wyraźnego zabarwienia protoplazmy. Wskutek tych błędów Broden pomięszał leukocyty jednojądrowe z komórkami śródbłonkowemi i z komórkami tkanki łącznej.

Opisaliśmy już szczegółowo znamienne cechy komórek śródbłonkowych i łącznotkankowych. By je dokładnie rozróżnić, barwiliśmy błękitem metylenu utlenionym i magentapikroindygo-karminem. Przytaczamy raz jeszcze te cechy: Komórki śródbłonkowe są to komórki płaskie, których zarysy napuszczają się azotanem srebrowym, protoplazma nie barwi się zupełnie, jądro jest duże, regularnie owalne i barwi się niebiesko błękitem metylenu i różowo pikro-indygo-karminem. Komórki tkanki łącznej są wrzecionowate z jądrem również wrzecionowatem, barwiącem się ciemno-czerwono pikro-indygo-karminem; protoplazma jest widoczną tylko na dwóch biegunach komórek; komórki te spotykają się zwykle w pobliżu naczyń. Limfocyty zaś są to komórki małe o jądrze jedynem, wypełniającem całą komórkę, barwiącem się ciemno-niebiesko błękitem metylenu i ciemno-czerwono pikro-indygo-karminem. Protoplazma przedstawia zaledwie wązki rąbek, otaczający jądro, lub nawet napozór brakuje zupełnie.

Te trzy rodzaje komórek: śródbłonkowe, łącznotkankowe i limfocyty nie pochłaniają prątków gruźliczych i nie przyczyniają się do utworzenia gruzełka. Komórki śródbłonkowe, które podług Brodena pierwsze pochłaniają prątki i dzieląc się tworzą gruzełek, właśnie zachowują się w tej sprawie biernie i nie odgrywają żadnej roli w powstawaniu gruzełka. Co do komórek tkanki łącznej, to nigdy nie zauważyliśmy, by one pochłaniały prątki; zresztą komórki te z jądrem wrzecionowatem zupełnie nie są podobne do wielkich komórek jednojądrowych, tworzących gruzełek i nigdy nie spostrzegaliśmy postaci przejściowych pomiędzy temi komórkami a komórkami tkanki łącznej.

Dwa tylko rodzaje komórek przyjmują udział w powstawaniu gruzełka. Są to mianowicie leukocyty wielojądrowe, które najpierw pochłaniają prątki, ustępując następnie miejsca wielkim komórkom o obfitej protoplazmie, o jądrze jedynem, dużem, kształtu owalnego lub nerkowatego. Komórki te zabarwiają się blado-niebiesko błękitem metylenu, ciemnoczerwono pikro-indygo-karminem. Te właśnie komórki, które uważamy za leukocyty jednojądrowe, począwszy od drugiego dnia pochłaniają prątki a następnie wytwarzają gruzełek.

[1]) Broden l. c.

Ażeby sprawdzić nasze wnioski, wykonaliśmy jeszcze jedno doświadczenie, a mianowicie wkładaliśmy do jamy otrzewnej królika kawałek waty, poprzednio wyjałowionej i umaczanej w zawiesinie hodowli gruźliczej martwej. Po siedmiu dniach wyjęliśmy watę i wycisnęliśmy kroplę wysięku na szkiełko. Wysuszywszy preparat i odpowiednio zabarwiwszy, spostrzegliśmy oprócz wielu leukocytów i prątków dwa gruzełki: jeden większy, utworzony z wielu leukocytów jednojądrowych, z których wiele zawierało prątki. Leukocyty te otaczają kręgiem gromadę prątków. W środku gruzełka spostrzegamy komórkę olbrzymią ze znamiennym sierpem, utworzonym z jąder i wielu prątkami wewnątrz komórki.

Drugi gruzełek składa się z gromady prątków, otoczonej przez leukocyty jednojądrowe, które również zawierają prątki.

Mamy więc gruzełki, utworzone w kawałku waty; oczywiście, że nie mogły one być utworzone przez komórki stałe, lecz przez komórki wędrowne, t. j. przez leukocyty jednojądrowe.

Zmiany gruźlicze sieci po 12-tu dniach. Na preparacie po 12-tu dniach, zabarwionym pikro-indygo-karminem, spostrzegamy gruzełek, utworzony z wielu leukocytów jednojądrowych o jądrze ciemno-czerwonem i protoplazmie blado niebieskiej; gruzełek w środku jest zwyrodniały i zawiera masę zabarwioną, w której daje się spostrzedz jeszcze kilka jąder bardziej ciemnych. Na obwodzie gruzełka znajdujemy leukocyty wielojądrowe.

Zmiany sieci po 48 dniach. W krezce gruźliczej z tego okresu spostrzegamy gruzełki, składające się z leukocytów jednojądrowych, w których środku znajdujemy ziarenka, barwiące się fuksyną na czerwono. Są to prawdopodobnie prątki, zaczynające ulegać zwyrodnieniu.

Streszczając nasze badania, dochodzimy do następujących wniosków:

Prątki gruźlicze, wstrzyknięte do otrzewnej królika, są pochłaniane naprzód przez leukocyty wielojądrowe. Od końca zaś drugiego dnia przybywają leukocyty jednojądrowe, które pochłaniając prątki, łączą się w gromady i wytwarzają gruzełek.

II. Pomysł protezy po częściowej resekcyi żuchwy

podał

Dr. Teodor Bohosiewicz

dentysta we Lwowie.

Założenie opatrunku po wypiłowaniu części żuchwy pozostało do dnia dzisiejszego zadaniem niezmiernie trudnem, pomimo licznych w tej mierze prób i pomysłów.

Opatrunek taki ma bowiem nietylko ustalać odłamki w odpowiedniem ułożeniu, ale i pozostawiać dość miejsca do opatrywania rany w częściach miękich, a ponadto ma stanowić stałe uzupełnienie ubytku żuchwy, niedozwalające, żeby kurcząca się blizna przesuwała odłamki. To ostatnie zadanie jest bardzo doniosłe, gdyż konsolidująca się blizna dąży do zbliżenia pozostałych ramion żuchwy do siebie, wynikiem czego powstaje tak znaczne zesunięcie, że żucie prawidłowe staje się niemożebne i twarz ulega niemałemu zniekształtnieniu, tem większemu, im osobnik jest młodszy. Parreidt opisuje mężczyznę, liczącego lat 68, któremu w 16 roku życia wypiłowano prawie całą żuchwę. Obraz, jaki człowiek ten po upływie 52 lat przedstawiał, jest wprost przerażający. Po lewej stronie był utrzymany tylko ząb mądrości, który w czasie operacyi nie był jeszcze wyrośnięty. Dolna część twarzy, w stosunku do górnej, bardzo zanikła; ale i szczęka górna, wskutek braku oparcia o żuchwę i działania mięśni, uległa z czasem znacznemu zniekształtnieniu; podniebienie twarde tak wązkie, że pomiędzy lewym a prawym zębem trzonowym zaledwie mały palec da się wprowadzić; boczne siekacze ustawione nie obok środkowych, ale poza nimi.

Temu zniekształtnieniu można było skutecznie zapobiedz, gdyby chory, podówczas 16 lat liczący, otrzymał odpowiednią protezę, którąby części miękie rozpychała, a jednocześnie z zębami szczęki górnej dobrze artykulowała.

W takich przypadkach mamy więc zadanie wdzięczne, aczkolwiek bardzo trudne. To też oddawna chirurdzy starali się wymyśleć takie sposoby operowania i opatrywania, któreby powyżej wyłuszczonemu zadaniu sprostały. Radzono więc sobie w ten sposób, że nie resekowano całej grubości szczęki, ale zostawiano cienką blaszkę kości wraz z okostną, a czasem tylko samą okostnę, z której z czasem miała się wrzekomo wytworzyć nowa kość. To postępowanie nie dawało jednak pewnych i dobrych wyników, gdyż część pozostała wskutek złego odżywienia zazwyczaj obumierała, a co gorsza nieraz pierwotne cierpienie powracało wskutek pozostawienia na utrzymanej blaszce kostnej lub okostnej cząstek nowotworu, względnie ognisk zapalnych.

Klaudyusz Martin z Lugdunu zasłużył się wielce, wskazując właściwą drogę przez stosowanie, bezpośrednio po operacyi, protezy kauczukowej. Wykonywał on swój pierwotny przyrząd w ten sposób, że brał odcisk ze szczęki przed operacyą. Zawikłany system rur, umieszczonych wewnątrz protezy, służył do jej antyseptycznego traktowania Pomijając, że przyrząd tak bardzo złożony musiał niejednokrotnie być wyjmowany z ust, ponieważ mechanicznie drażnił i utrudniał gojenie się rany, ma on tę ogromną niedogodność, że chirurg zależny jest od protezy, ponieważ ta musi być sporządzoną przed operacyą, podług z góry przez chirurga zakreślonego planu. Chirurg wskazuje dentyście, w jakich granicach odbędzie się resekcya. Jednakże nieraz w czasie operacyi chirurg zmuszony jest porzucić swój pierwotny plan i czasem mniej, czasem więcej, wypiłować. Wobec tego staje się proteza naturalnie niezdatną do użycia, albo też chirurg musiałby operować tak, jak muproteza nakazuje. Ponadto proteza ta utrudnia antyseptyczne traktowanie rany, a umocowanie jej jest bardzo trudne i zabiera chirurgowi wiele czasu.

Protezę Martinowską zmodyfikował Löhr. Jego proteza jest wykonana z celuloidu, składa się z dwóch części, złączonych zapomocą zawiasów. Przyrząd ten, nie dając żadnych zalet przed Martinowską protezą, podziela z tą ostatnią wszystkie jej wady.

Bönnecken z Pragi, biorąc za wzór protezę Sauera (którą się stosuje po całkowitej resekcyi), zrobił przyrząd z drutu, który za pomocą śrub i pętli drucianych miał być umocowany do pozostałych części żuchwy. Hahl i Körner stosowali powyższy przyrząd w kilku przypadkach i przyszli do przekonania, że jest on nie wiele wart z powodu trudności umocowania go za pomocą śrub.

Tenże Hahl stosował podobny przyrząd z drutu, który atoli za pomocą pętli drucianych do pozostałych części żuchwy przytwierdzał. W ostatnich czasach wpadł on na pomysł używania przyrządu metalowego, zakończonego obustronnie ostremi widełkami, które się wbija w pozostałe części żuchwy.

Partsch z Wrocławia zastosował szynę Hansemana. Jestto zwykła, elastyczna szyna stalowa, którą przymocowywa się za pomocą srebrnych szwów do pozostałych części żuchwy. Jako największą zaletę tego przyrządu podaje on łatwe zastosowanie i pojedynczą konstrukcyę, pozwalającą każdemu chirurgowi, w miarę okazującej się potrzeby, samemu go sporządzić.

Ostatniemi czasy, ogłosił Stopanij w „Monatschrift für Zahnheilkunde", opatrunek podobny do szyny Partscha. Jest on niejako szablonem przedniej i dolnej części żuchwy, a ma tę zaletę, że utrzymuje nietylko części kostne, ale i miękie w prawidłowej pozycyi. Szablony takie różnych rozmiarów może mieć chirurg w podręcznym zapasie, by w danym przypadku odpowiednią szynę mógł zastosować.

Jednak wszystkie te opatrunki mają tę niedogodność, że muszą być przytwierdzane zapomocą śrub, albo szwów kostnych, przez co wikłają znacznie operacyę i opóźniają gojenie, a przedewszystkiem utrudniają anty- a względnie aseptyczne traktowanie rany.

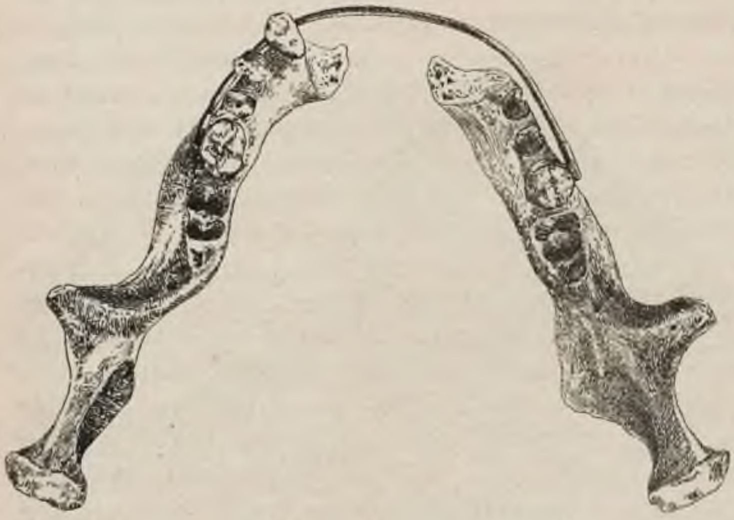
Ażeby wszystkim powyżej opisanym niedogodnościom zapobiedz, proponuję zastosowanie następującego opatrunku:

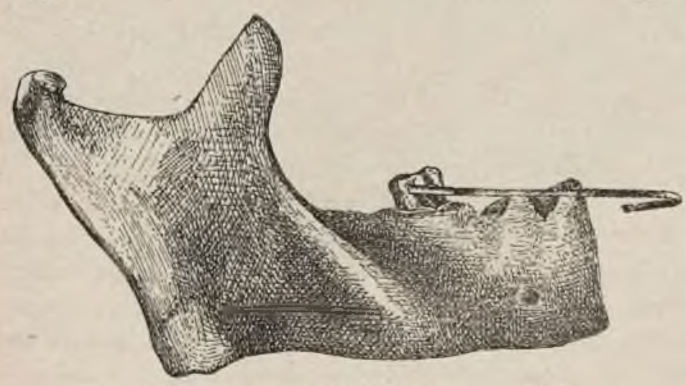
Chory przed zamierzoną operacyą przychodzi do dentysty, który sporządza dla dwóch zębów trzonowych, najbardziej od siebie oddalonych, złote korony. Na zewnętrznej stronie każdej z tych koron umieszcza się rurkę ślepo zakończoną i tyle przestroną w średnicy, by mogła przyjąć drut odpowiedniej grubości, który, sporządzony z „nowego srebra" i odpowiednio w łuk wygięty, posiadać musi potrzebną elastyczność, by odcinki kostne w należytej odległości utrzymywał. Z powyższego wynika, że przyrząd ten da się zastósować tylko tam, gdzie po obu stronach mamy przynajmniej po jednym zębie; jednakże i tam, gdzie są jakie takie korzenie, można bez trudności proponowany przezemnie przyrząd utwierdzić.

Zalety tego nader prostego przyrządu, który najlepiej ilustruje niniejsza rycina, są następujące:

1. Operacyę można wykonać w bardzo rozległych granicach; 2. Przyrząd nie drażni powierzchni przepiłowanych, ponieważ punkta jego oparcia są poza linią przepiłowania; 3. Da się dokładnie aseptycznie utrzymać; 4. Utrzymuje w należytej pozycyi odcinki żuchwy, jakoteż i części miękie, oraz nie stanowi zawady w tamponowaniu rany; 5.

Może być każdej chwili zdjęty i wedle potrzeby, a bez drażnienia rany i trudu, przerobiony; 6. Koronki, do których drut jest przytwierdzony, mogą po wygojeniu się rany służyć jako punkty przytwierdzenia dla ostatecznej protezy.





Przytoczone powyżej okoliczności ośmielają mnie do poddania pod rozwagę kolegów, czy opisany przezemnie przyrząd nie dałby się w odpowiednich przypadkach użyć.

W końcu pozwalam sobie zaznaczyć, że opisany przyrząd demonstrowałem w lipcu b. r. w klinice Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera, gdzie został uznany za zupełnie odpowiedni i gdzie postanowiono użyć go przy najbliższej sposobności.

W czasie korekty niniejszego artykułu pojawiła się w „Berl. klin. Wochs." Nr. 49 rozprawka Warnekrosa, w której zaleca przyrząd o podobnej konstrukcyi dla opatrywania złamań żuchwy.

III. **Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego i z zakładu bakteryologicznego prof. Bujwida w Krakowie.**

O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego.

Podał
Dr. Ksawery Lewkowicz,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Dzieje meningokoka wewnątrzkomórkowego. Zarazek opisany wykryty został przez Weichselbauma[15]) w r. 1887 i nazwany dwoinką wewnątrzkomórkową zapalenia opon (*diplococcus intracellularis meningitidis*). Przypadki badane uważał Weichselbaum za zapalenie opon odosobnione, sporadyczne. Ten wzgląd i prawie równoczesne doniesienia Fraenkla[16]), Foà i Uffreduzziego[17]) a częściowo samego Weichselbauma, stwierdzające jako podstawę nagminnego zapalenia dwoinkę lancetowatą Fraenkla były przyczyną, że odkrycie Weichselbauma minęło bez wrażenia, mimo odosobnionych doniesień potwierdzających. Foà i Uffreduzzi twierdzili nawet, że dwoinka lancetowata, nazwana przez nich meningokokiem, a jak się okazuje z późniejszych doniesień Foà[18]), wcale nie identyczna z pneumokokiem, jest jedyną przyczyną bakteryologiczną zapalenia nagminnego.

Dopiero Jaeger[13]) w r. 1895, na podstawie przypadków z epidemii w Stutgardzie, badanych pośmiertnie, wypowiada stanowczo zdanie, że choroba wywołaną bywa dwoinką wewnątrzkomórkową. Heubner[19]) wywołuje u kozy przez wstrzyknięcie hodowli czystej drogą nakłócia lędźwiowego typowe zapalenie opon, przez zastosowanie nakłócia lędźwiowego otrzymuje wyniki bakteryologiczne za życia, zmienia wreszcie nazwę, zastósowaną pierwotnie przez Weichselbauma, na nazwę meningokoka wewnątrzkomórkowego, którego zatem należy odróżnić od meningokoka Foà i Uffreduzziego. Od tego czasu dwoinka wewnątrzkomórkowa coraz więcej zdobywa sobie uznania.

W piśmiennictwie polskiem znajdujemy tylko jedną wzmiankę o niej, mianowicie Jerzykowskiego[20]) z Poznańskiego. Badane były tylko drobnowidowo, w jednym przypadku śluz z nosa, w drugim płyn mózgowordzeniowy po śmierci. Oba przypadki nazywa Jerzykowski zapaleniem ropnem, które odróżnia od postaci nagminnej.

L. Korczyński[1]) w swej monografii krótko się ze sprawą załatwia: „Badania bakteryologiczne wypociny z opon dały jako wynik kolonie dwuziarnowca Fraenklowskiego". Ponieważ nie ma żadnej wzmianki o obrazie drobnowidowym preparatu rodzimego, który sam może być rozstrzygającym, ani o cechach tych kolonij, lub otrzymanych z nich hodowli, czytelnik nie może sobie wyrobić pojęcia, czy chodziło rzeczywiście o pneumokoki, czy przeciwnie o meningokoki, lub jakieś zanieczyszczenie przypadkowe.

I w innych doniesieniach znajdujemy wzmianki o pneumokoku, lub tło nie jest oznaczone (Arnstein[21], Hewelke[3]).

Różne typy zarazka. W miarę postępu badań można było zauważyć, że meningokoki wewnętrzkomórkowe, otrzymane z różnych przypadków i przez różnych autorów, nie zawsze zachowywały się jednakowo. Spostrzeżenia, w tym kierunku zwrócone, — jeżeli się pominie doniesienia niedostatecznie pewne, lub oparte na spostrzeżeniach odosobnionych, jak Kistera (przytocz. przez Pfaundlera[8]), Hünermanna[22]) i Żupnika[15]), — doprowadziły do odróżniania głównie dwóch typów.

Typ Weichselbaumowski zgadzałby się co do swych cech w zupełności z opisem, podanym powyżej, na podstawie moich przypadków.

Typ Jaeger-Heubnerowski różniłby się od poprzedniego następującemi znamionami. Barwienie według Grama dodatnie. Rośnie na mleku, żelatynie, bulionie i ziemniaku, czego tamten nie czyni. Żelatyny jednak w przeciwieństwie do gronkowców nie rozpuszcza. W hodowlach na agarze

tworzą się, zwłaszcza po kilkakrotnem przeszczepieniu, grube soczyste pokłady szaro-żółtawo, lub gliniasto-żółtawo zabarwione. Przeszczepialność hodowli jest prawie nieograniczoną, chorobotwórczość nieco większą; zarazek zaszczepiony do jam surowiczych wywołuje śmierć zwierząt skutkiem ogólnego zakażenia (Jaeger[13]).

Określenie stosunku obu typów do siebie, t. j. tego, czy stanowią one osobne rodzaje, czy tylko odmiany, mogące nawzajem w siebie przechodzić, oczekuje na dalsze badania. Okoliczność, że prawie zawsze w jednej epidemii napotykamy jeden typ, jak to miało miejsce w moich przypadkach, wobec cech rozróżniających bardzo wybitnych, zdaje się świadczyć za pierwszem przypuszczeniem. Wobec tego możliwem jest, że obrazy chorobowe, wywoływane przez różne typy różnią się między sobą przebiegiem i że typowi Weichselbaumowskiemu, mniej chorobotwórczemu, odpowiada lżejszy przebieg choroby, coby się u mnie potwierdzało. Jednak jedynie liczna, a dokładna statystyka może tu być rozstrzygającą.

Znachodzenie się zarazka poza oponami i przenoszenie się choroby. Poza oponami i płynem mózgowo-rdzeniowym znajdowano meningokoka, a właściwie, o ile nie stwierdzono identyczności dalszemi badaniami, dwoinkę wewnątrzkomórkową, w obecności odpowiednich spraw zapalnych w wydzielinie nosa, gardła i ucha, w plwocinie, w kale biegunkowym, w wysiękach osierdziowych, opłucnowych, stawowych, w nerkach i moczu.

Spostrzeżenia te rzucają pewne światło na sposób przenoszenia się zarazka z osobnika na osobnika z wydzielinami błon śluzowych. Dostawszy się do błon śluzowych osobnika zdrowego, zarazek wywoływałby sprawy nieżytowe i w pewnych warunkach mógłby wniknąć do opon. Z jamy nosowogardłowej przez blaszkę sitową kości węchowej, z ucha środkowego przez nakrywkę bębenka mógłby się przenieść bezpośredniem szerzeniem się sprawy, z przewodu pokarmowego drogą krążenia.

Wynikałoby jednak z tego, że choroba właściwie nie jest pierwotną, a uchodzi za taką jedynie dlatego, że pierwotne umiejscowienie, wobec zajęcia opon, bardzo mało na siebie zwraca uwagi. Zajęcie opon nie musi być stałem następstwem takiego swoistego zajęcia błon śluzowych, jest raczej powikłaniem. Toteż w czasie epidemii i poza nią znachodzono bez zajęcia opon w najrozmaitszych wydzielinach i wypocinach ustroju dwoinkę wewnątrzkomórkową. Sam widziałem ją w tych warunkach w plwocinie.

Istnieją spostrzeżenia, jak Kohlmanna[24]), świadczące niewątpliwie o zaraźliwości choroby i możliwości przenoszenia się bezpośredniego z osobnika na osobnika. Większość jednak klinicystów, jak się to także uwydatniło w dyskusyi w Towarzystwie lekarskiem krak. w r. 1894, w przemówieniach Kwaśnickiego i Rosenblatta, jest zdania, że choroba przenosi się raczej drogami pośredniemi, podobnie jak dur brzuszny.

Może do wytłómaczenia pewnych szczegółów epidemiologicznych wystarczy pojmowanie choroby, jako powikłania i uzasadnione małą chorobotwórczością zarazka przypuszczenie, że wiele osobników jest wogóle na zakażenie nie wrażliwych.

Jedność choroby. Jedność choroby musi być uważana, co najmniej, za wątpliwą. Już to, że istnieją dwa typy meningokoka wewnątrzkomórkowego, o ile z dotychczasowych spostrzeżeń wynika, nie przechodzące nawzajem w siebie i wywołujące osobne epidemie, tworzy w tej jedności ogromny wyłom. Sprawa przedstawi się jeszcze gorzej, gdy uwzględnimy, że istnieją poważne doniesienia, opisujące epidemie na tle dwoinki lancetowatej.

Netter (przytoczony przez Hünermanna[23]) idzie dalej. Opisuje on epidemie, w których równie często zdarzały się przypadki na tle pneumokoka, meningokoka i jakiegoś paciorkowca, zbliżonego do pneumokoka, a obok tego mniej liczne na tle paciorkowca ropotwórczego i gronkowca złocistego. Z takich spostrzeżeń wyprowadzićby można wniosek, jak to czyni Hueppe, a za nim Żupnik[15]), że przyczyna nagminnego szerzenia się nie leży w zarazku, lecz w pewnych zewnętrznych okolicznościach, działających na większą ilość ludzi i usposabiających ich do zakażenia opon przez rozmaite zarazki. Wniosek ten byłby słuszny, gdyby nie to, że przeważna część badaczy stwierdza przy jednej epidemii przecież tylko jeden rodzaj zarazka. Liczby Nettera musimy tłómaczyć połączeniem dwóch, lub może więcej różnych epidemij i wliczeniem do nich przypadków odosobnionych.

Stanowisko Heubnera[25]), który ze względów klinicznych uważa chorobę za jednolitą i wymaga dla niej jednolitego tła bakteryologicznego, nie czuje się jednak już obecnie uprawnionym do uważania za takowe meningokoka, jest może najmniej zrozumiałe. Znaczenie meningokoka dla pewnych epidemij nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, podobnie jednak, np. według Foà i Uffreduzziego, znaczenie pneumokoka dla innych. Nie pozostaje więc nic innego, jak uznać możliwość różnych epidemij.

II. Zapalenie zwykłe.

Wspólną nazwą zapalenia zwykłego *(meningitis simplex)* obejmujemy w odróżnieniu od zapalenia nagminnego i gruźliczego cały szereg postaci, powstających na tle najrozmaitszych drobnoustrojów ropotwórczych. Uwzględnianie tych poszczególnych postaci, każdej z osobna, nie miałoby celu, gdyż nie różnią się one znacznie między sobą, o ile wiemy, ani przebiegiem, ani ostatecznem zejściem, prawie bez wyjątku niekorzystnem. Bądź jak bądź, mamy tu cały szereg odrębnych chorób. Jeżeli je wymienimy w porządku częstości, z jaką występują, to należałoby mówić o „meningitis pneumococcica“ (należy tutaj, o ile nie występuje epidemicznie), „streptococcica, staphylococcica, ex bacillo coli, typhi, influenzae“ i t. d. Wreszcie, uwzględnićby należało nie tak rzadkie zakażenia mięszane.

Zarazki dostają się tu do opon ranami głowy i czaszki, z jam sąsiadujących z jamą czaszkową, wreszcie drogą przerzutową w rozmaitych chorobach zakaźnych, podobnie z przewodu pokarmowego, jak w jednym z moich przypadków w przebiegu czerwonki.

Przypadek 8. W. M. lat 6, z Półwsia zwierzynieckiego, przyjęta dn. 2 XI. 1900. W domu chorowała 4 dni. Początkowo skarżyła się tylko na ból głowy, gorączki miało nie być. Czwartego dnia wystąpiły wymioty, gwałtowny ból głowy, wieczorem wysoka gorączka. Badaniem stwierdzono prawie zupełną bezprzytomność, źrenice wązkie, na światło oddziałujące, mierną sztywność karku, przymusowe zwrócenie oczu i głowy ku stronie lewej, objawy niedowładu połowiczego lewostronnego, przy sztywności wszystkich kończyn, wymioty, pojawiające się od czasu do czasu. Chora umiera 4 XI.

Nakłócie lędźwiowe 3 XI. wykazało płyn zapalny, wybitnie mętny. Zapomocą centryfugowania otrzymano osad, który barwiony fuksyną wykazywał liczne ciałka białe, wielojądrzaste i olbrzymią ilość dwoinek lancetowatych, prawie wyłącznie pozaciałkowych (p. fotogram 3). Płyn przy centry-



Fotogram 3.
Osad z płynu mózgowordzeniowego w przyp. 8. Barwienie fuchsyną. Powiększenie 1000:1.

fugowaniu zachował się w stosunku do płynu przy zapaleniu meningokokowem o tyle znamiennie, a należy to odnieść głównie do pozaciałkowego usadowienia drobnoustrojów, że centryfugowanie, kilka minut trwające, nie zdołało go wyjaśnić. Dalsze centryfugowanie dało już osad z samych dwoinek złożony, a mimo to płyn pozostał mętny i zawierał, jak wykazywał mikroskop, znaczną ilość dwoinek. Płyn poza obecnością ciałek ropnych przedstawiał się jak czysta hodowla dwoinki lancetowatej.

Rozpoznałem zapalenie opon pneumokokowe samoistne. Badanie pośmiertne (kol. Gliński) wykazało jednak, obok ropnego zapalenia opon, świeże zajęcie czerwonkowe jelita grubego, rozrzucone ogniska zgorzelinowe w wątrobie, rozrzucone wielokrotne ogniska zapalne wielkości orzechów w płucach i rozpoczynające się krwotoczne zapalenie nerek. Co do drogi, którą kroczył jad, zanim się dostał do krążenia większego, nie mogło być żadnej wątpliwości. Zmiany w jelitach, które należy uważać za pierwotne umiejscowienie, wątrobie i płucach, niedwuznacznie o niej świadczyły. Zmiany w płucach miały też, ze względu na rozmieszczenie, cechy zapalenia przerzutowego, hematogenetycznego. Ograniczyłem się do mikroskopowego zbadania miazgi, zeskrobanej z jelita i ognisk płucnych. W obu stwierdzić można było obecność dwoinek lancetowatych.

Wobec tego, że w paru przypadkach czerwonki, badanych przezemnie w ostatnich czasach, znachodziłem w stolcu pewien rodzaj dwoinki lancetowatej, o ile można wnosić z zachowania się na pożywkach i zwierzętach, od pneumokoka różnej i nazwanej dlatego tymczasowo enterokokiem i wobec zmian czerwonkowych w jelicie, musiałem przypuszczać, że i w oponach mamy do czynienia z tym zarazkiem. Dalsze badania potwierdziły to przypuszczenie. Szczegółowy opis enterokoka odkładam jednak do osobnego doniesienia, tyczącego się etyologii czerwonki.

Przypadek 9. A. G., lat 8 z Oświęcima, przyjęta 2 stycz. 1900. Na 10 dni przed przyjęciem miała ropotok z ucha prawego i skarżyła się na ból w uchu. Przypadłości te ustąpiły same. Właściwa choroba trwała 4 dni. Nagle wystąpiły gwałtowne bóle i zawroty głowy, wymioty, gorączka, od dwóch dni głuchota. Przytomność utrzymana.

Badanie wykazywało stałą wysoką gorączkę około 40·0°, skurcz mięśni karkowych, ogromną przeczulicę ogólną, pewne upośledzenie przytomności, głuchotę. Badanie ucha (kol. Nowotny) wykazuje brak błony bębenkowej po stronie prawej i objawy przewlekłego zapalenia ucha środkowego bez świeżych objawów. Od 5 stycznia pojawiają się mimowolne kurczenia się poszczególnych mięśni, szczególniej mięśni palców, potem coraz gwałtowniejsze wymioty i zupełna nieprzytomność. Chora umiera 10 stycznia.

Nakłócie lędźwiowe 2 stycznia wykazało płyn zapalny. Mikroskopowo i bakteryologicznie (80 kolonij) wykazano paciorkowca ropotwórczego. Rósł on w drobnych osadach na agarach, surowicy wołowej i bulionie, nieco lepiej przy dodaniu surowicy ludzkiej; nie rósł na ziemniaku, mleka nie ścinał, w żelatynie tworzył wzdłuż kanału wkłócia szereg drobniutkich białych kropek. Szczepiony królikowi do żyły z powierzchni agarowej sprowadził śmierć po 4½ dniach, skutkiem posocznicy; we krwi mikroskopowo i bakteryologicznie streptokoki.

Badanie pośmiertne chorej stwierdziło *otitis chronica, meningitis purulenta, pleuritis serofibrinosa sinistra, bronchopneumonia lobi inferior. sin., gastroenterocatarrhus chronicus.*

Anatomicznie nie można było stwierdzić związku między zapaleniem ucha środkowego, a zapaleniem opon. Opona twarda w zakresie kości skalistych na obu powierzchniach przedstawiała się zupełnie prawidłowo; kość sama, nakrywka bębenka, po oderwaniu opony twardej była zupełnie niezmieniona. Pytanie zatem pozostaje nierozstrzygnięte, czy paciorkowiec wtargnął do opon z ucha, czy też drogą krwi, n. p. z jelit. Stwierdzono bowiem objawy przewlekłego zapalenia jelit mieszkowego, a to według Eschericha[27]) najczęściej polega na na zakażeniu paciorkowcowem. Zapalenie płuc i opłucnej rozwinęło się zapewne wśród ostatnich dni choroby, gdy stan chorej nie pozwalał na dokładniejsze badanie narządu oddechowego.

Przypadek 10 właściwie tutaj nie należy. Przytaczam go na dowód, że zarazki mogą wtargnąć do opon, a nie wywołać zmian zapalnych.

Chodzi o przypadek ciężkiego duru z przypadami mózgowymi, nawet lekką sztywnością karku, u chłopca 7-letniego. Nakłócie lędźwiowe nie wykazało w płynie cech zapalnych. Mimo to przy szczepieniu z dna naczyńka po zcentryfugowaniu płynu otrzymano trzy osady prątka durowego. Ze krwi wyhodowano także prątek durowy (4 osady z 6 kropli krwi na kilku agarach). Wobec tego, że płyn mózgowordzeniowy zawierał tylko przymieszkę krwi, dającą się stwierdzić jedynie mikroskopowo po zcentryfugowaniu, muszę twierdzić, że sam płyn był prątkami zakażony i być może temu zakażeniu należałoby przypisać część objawów mózgowych.

Odczyn Widala z surowicą krwi był dodatni w rozcieńczeniu 32:1; płyn mózgowordzeniowy oddziaływania nie dawał. Widocznie swoiste istoty aglutynujące z osocza krwi

do płynu mózgowordzeniowego nie przechodzą, lub przechodzą w ilości względnie nieznacznej.

Prątki wyhodowane okazywały wszelkie cechy prątka durowego, między innemi także aglutynacyę pod wpływem surowicy durowej. (Dok. nast.)

IV. Wyciągi.

Matzenauer. **W sprawie tożsamości pęcherzycy noworodków** ***(Pemphigus neonatorum)*** **z liszajcem zakaźnym** ***(Impetigo contagiosa).*** *(Wien. klinische Wochs.* Nr. 48, 1900). Zestawiwszy liczne zapatrywania o pęcherzycy noworodków i o liszajcu zakaźnym, na podstawie spostrzegania klinicznego, jako też na podstawie badań bakteryologicznych i histologicznych przychodzi autor do przekonania, że oba wspomniane cierpienia są jedną i tą samą chorobą. Badania histologiczne w obu cierpieniach dają te same wyniki, w obu znajdują się te same koki, których szczepione hodowle wywołują te same objawy, t. j. drugiego dnia po szczepieniu pęcherzyki, wypełnione cieczą ropiastą lub surowiczą. Dotychczasowy podział na dwie różne choroby upatruje w tem, że pęcherzyca noworodków, przeniesiona z dziecka na osobę dorosłą, występuje w postaci liszajca zakaźnego, jak tego dowodzą przypadki, spostrzegane w klinikach i szpitalach dziecięcych; na odwrót zaś liszajec zakaźny, przeniesiony z matki na dziecko, występuje w postaci pęcherzycy noworodków. Że w pęcherzycy nie powstaje strup, jak w liszajcu, tłómaczy M. odmienną u osesków odpornością przyskórka i delikatnością skóry, która też dlatego inaczej oddziaływa na ten sam bodziec, niż u dorosłych; jeżeli jednak choroby tej dostanie dziecię starsze, liczące kilka miesięcy, a nawet i kilka tygodni, to także pojawiają się strupy. *P.*

Wichert. **Uporczywe wymioty wskutek ucisku przez krążek.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr. 48, 1900). U pacyentki, cierpiącej od 2 miesięcy na uporczywe wymioty i wskutek tego znacznie wyniszczonej, znalazł autor w pochwie silnie zniekształcony krążek Mayera, uciskający szyjkę macicy, który sprowadził następowy nieżyt pochwy z obfitą wydzieliną cuchnącą. Po wydobyciu krążka wymioty ustąpiły i odżywienie w krótkim czasie znacznie się poprawiło. Wymioty te, podobnie jak i wymioty w ciąży, uważa W. za odruchowe, wywołane trwałem mechanicznem drażnieniem macicy. *P.*

Prof. Heller (Kiel). **O samobójstwie na podstawie 300 sekcyj.** *(Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 48). Wśród 300 sekcyj samobójców nie znalazł H. żadnych zmian chorobowych w 8%, spotkał natomiast zmiany mierne, niemogące wprost wpływać na poczytalność w 21·3%, zmiany ciężkie, niewpływające na poczytalność w 9·6%, zmiany mierne, mogące zdaniem jego zmniejszyć poczytalność w 18%, zmiany zaś ciężkie, upośledzające poczytalność w 43%. Według H. mogą upośledzać poczytalność: niewątpliwie stwierdzone zaburzenia umysłowe, ostre choroby zakaźne, alkoholizm, o ile wywołuje znaczne zmiany mózgu i jego opon, wszelkie inne większe zmiany mózgu i opon, a wreszcie u kobiet: miesiączkowanie, ciąża i połóg; te też zmiany zalicza H. do swej ostatniej gromady (zmiany, upośledzające poczytalność u 43% samobójców). Na podstawie tej utrzymuje H., że bezmała w połowie samobójstw istnieje przymus psychiczny, chorobowy. Z tego powodu badania, podejmowane w kierunku t. zw. (moralnych) przyczyn samobójstw nie mają celu, bo te przyczyny (straty finansowe, obrażona ambicya, zdradzona miłość i t. p.) są tylko czynnikami wywołującymi, właściwą zaś przyczyną jest nieprawidłowe oddziaływanie psychiczne na względnie drobne podniety. Oddziaływanie to nadmierne jest zaś skutkiem przejściowych lub stałych zmian fizyologicznych (miesiączka, ciąża), lub patologicznych. Zmiany te wykazać można tylko zapomocą sekcyi, prowadzonej raczej w kierunku patologicznym, niż sądowolekarskim. Z tego powodu domaga się H., aby sekcye dokonywane były w każdym przypadku samobójstwa. *Z.*

Erne. **W sprawie odkażania zapomocą cegiełek karboformalowych.** *(Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 48). Doświadczenia swoje wykonał E. (w sposób zwykle używany) z prątkami duru, wąglika, cholery i gronkowcem, w których hodowlach umaczane szmatki rozmieszczał w różnych częściach odkażanej przestrzeni. Wyniki były pomyślne. 2·5 grm. paraformaldehydu na metr przestrzeni (czyli jedna cegiełka na 20 metrów) wystarczało do zupełnego zabicia zarazków. *C.*

Prof. M. Zeissl. **Rzeżączka wobec małżeństwa.** *(Wiener medicin. Presse,* Nr. 46). Na wstępie podnosi autor okoliczność, że gdy już oddawna sumienni lekarze wzbraniają zawierania małżeństw osobom chorym na kiłę, nie czynią tego w równej mierze wobec osób chorych na rzeżączkę. Następstwa tej choroby są dla małżeństwa również zgubne i ciężkie. Znaną bowiem jest rzeczą, że gonokoki Neissera nietylko usadawiają się w narządach płciowo-rodnych i ich sąsiedztwie, ale atakują także i inne dalsze okolice ustroju, jak np. stawy, serce, nerwy, powodują często niepłodność mężczyzn i kobiet, lub wreszcie są przyczyną kalectwa potomstwa. Zanim zatem choremu na rzeżączkę mężczyźnie udzieli lekarz zezwolenia na związek małżeński, lub wogóle na spółkowanie, powinien go dokładnie zbadać klinicznie, jakoteż pod względem bakteryologicznym. Badanie to, według autora, powinno się odbyć w następujący sposób: w nitkach, znajdujących się w moczu, szuka się gonokoków, używając metody barwienia Grama. Jeżeli w nitkach tych znajdują się chociaż w skąpej ilości diplokoki, nadzwyczaj podobne do gonokoków, wątpliwą tę sprawę powinno rozstrzygnąć zakładanie hodowli. Nitki śluzowo-szkliste, opalizujące, o skąpej ilości komórek nabłonkowych, przemawiałyby za niezaraźliwością wydzieliny. Dla wszelkiej pewności posłużyć się należy endoskopem, a jeśli i ten jeszcze nie wyjaśni należycie sprawy, wstrzykuje się do cewki moczowej rozczynu 0·04 azotanu srebrowego w 200·0 wody, lub każemy wypić większą ilość piwa. Skoro powstająca wskutek tego wydzielina sama wkrótce znika, a badanie jej drobnowidowe i na pożywkach daje wynik ujemny, można napewno orzec, że niebezpieczeństwo zakażenia rzeżączką minęło. U kobiet zaś powinno się odbywać takież badanie wydzielin nietylko z cewki moczowej, ale także z szyjki macicy, z krypt okołocewkowych, z ujść gruczołów Bartholiniego i odbytnicy. *Dr. Malsburg.*

Prof. Middendorp (Groningue): **O doktrynie i leczniczej metodzie prof. Roberta Kocha.** W Sekcyi lekarskiej międzynarodowego kongresu paryskiego, miał dnia 8 sierpnia prof. Middendorp odczyt, w którym uderzył na swoistość prątka gruźliczego Kocha. Wnioski jego są następujące: I. W gruźlicy ludzkiej nie znajdujemy stale prątka Kocha w samych gruzełkach, ani w ziarnkach szarych i żółtych gruźlicy prosówkowej, ani w skupieniach i naciekach gruźliczych, ani w zamkniętych gruźliczych ogniskach rozpadłych jakiegokolwiek narządu, ani w narządach zserowaciałych itd. II. Tylko w jamach płucnych, bezpośrednio łączących się z oskrzelami, prątek Kocha znajduje się stale w bardzo wielkiej ilości i ztąd dostaje się do plwociny gruźliczej. III. W niektórych przypadkach samozakażenia i w przypadkach zakażenia przez wdychiwanie (jedno i drugie powstaje z otwartej jamy), znaleźć można czasem prątki gruźlicze w rozmaitej liczbie nietylko w samych gruzełkach, lecz i we krwi, wypocinie, wydzielinie, a nawet tu i ówdzie w rozmaitych narządach, nieulegających gruźlicy i nieokazujących żadnego oddziaływania na te prątki. IV. Prątki Kocha nie są czynnikiem, wywołującym gruźlicę, lecz są poprostu prątkami rozkładu. V. Enuncyacya Kocha z r. 1897 o obecności i liczbie prątków w pospolitych przypadkach gruźlicy ludzkiej, niemniej jego zdanie o nagłej inwazyi prątków w ostrej gruźlicy prosówkowej i w gruźlicy doświadczalnej, nie zgadzają się z wynikami sekcyjnymi i doświadczalnymi. VI. Hodowle t. zw. czyste prątków gruźliczych Kocha, nie są czyste i nie posiadają żadnego swoistego znaczenia chorobotwórczego, będąc zanieczyszczone rozpadającą się substancyą gruźliczą, która sama przez się wystarcza do wywołania gruźlicy. VII. Pochodzenie prątkowe gruźlicy nie zostało przez prof. Kocha udowodnione i jego doktryna o przyczynie tej choroby jest mylna. VIII. Lecznicza metoda Kocha, oparta na własnościach prątków gruźliczych i na wrzekomym ich stosunku przyczynowym z gruźlicą, nie spoczywa na podstawie umiejętnej; jest ona nietylko niepożyteczną, ale wręcz niebezpieczną; tuberkulina TR z r. 1897 jest jeszcze w wyższym stopniu szkodliwa, niż ta pierwsza z r. 1890. *A. K.*

J. Dollinger: **Wycięcie zwoju Gassera bez podwiązania tętnicy oponowej średnicj.** *(Centralblatt f. Chirurgie,* Nr. 44, 1900). Przypadki Czernyego, Königa, Keena i innych, w których krwotok z tętnicy oponowej średniej przy wycinaniu zwoju Gassera sposobem Hartley-Krausego, był bezpośrednią przyczyną całego szeregu poważnych następstw, skłoniły D. do podjęcia badań nad stosunkami anatomicznymi tej okolicy i obmyślenia sposobu, którym umożliwiał resekcyę zwoju bez podwiązywania tętnicy. Badania te, przeprowadzone na 50-ciu przepiłowanych czaszkach, pouczyły autora o tem, że w 50% przypadków miejsce wejścia tętnicy oponowej średniej leży o tyle poza miejscem wyjścia trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, iż gałąź ta, a wraz z nią zwój, wyciętym być może bez podwiązywania tętnicy nawet wtedy, jeżeli się dąży ku niemu wprost od zewnątrz. Natomiast w 35% przyp. podobny dostęp jest możliwym przy posuwaniu się nieco od przodu i zewnątrz. Zwój więc może być w 94%, t. j. prawie w wszystkich przypadkach usuniętym bez poprzedniego podwiązywania tętnicy. Dla przecięcia drugiej gałęzi nerwu nie stanowi tętnica nigdy przeszkody, gdyż gałąź ta

leży jeszcze więcej ku przodowi. Opierając się na powyższych szczegółach anatomicznych, podaje D. następujący sposób operacyjny: tworzy się płat skroniowy według wskazówek Krausego; po opuszczeniu płata ku dołowi, posuwa się palcem między podstawą czaszki a oponą twardą ku tętnicy oponowej śred., poczem zwraca się ku przodowi do 3-ciej i 2-giej gałęzi nerwu i oddziela zapomocą tępej podważki oponę od ich powierzchni. Kierując następnie koniec podważki od przodu i zewnątrz, bez trudności dostaje się przed tętnicą do zwoju. Następuje usunięcie opony z powierzchni zwoju, oddzielenie zwoju od podstawy czaszki, przecięcie 3-ciej i 2-giej gałęzi tuż przed ich wyjściem z jamy czaszkowej i wycięcie samego zwoju. Postępowanie podobne, bez podwiązywania tętnicy, skraca znacznie czas trwania operacyi i chroni przed następstwami, mogącemi ztąd wyniknąć. Sposobu swego użył autor w 5-ciu przyp.; we wszystkich nastąpiło wyleczenie. Ogółem wykonał D. 9 razy resekcyę zwoju Gassera. W 2 przypadkach operacyi nie dokończył z powodu gwałtownego krwotoku, w jednym z części miękich czaszki i śródkościa, w drugim — z wypustek Santoriniego. Krwotok z tętnicy oponowej śred. spostrzegał w przypadku, gdzie przy opuszczaniu płata kostnego tętnica została naddartą w kilku miejscach. Krwotok ten dał się z łatwością zatamować. Przednia gałąź tętnicy leży w większej niż połowa liczbie przypadków na przedniej dolnej krawędzi kości ciemieniowej w zamkniętym kostnym przewodzie, a tylko w mniejszości przypadków w otwartym rowku. Jednakowoż wyjątkowo tylko stają się te stosunki anatomiczne powodem gwałtowniejszego krwotoku, jak wogóle najważniejszem źródłem krwotoku przy tym zabiegu są naczynia żylne. Do zapobiegawczego podwiązywania w każdym przypadku tętnicy szyjnej zewnętrznej niema, zdaniem D., racyonalnych powodów, gdyż w razie wystąpienia krwotoku z tętnicy oponowej można natychmiast czasowo ucisnąć tętnicę szyjną wspólną odpowiedniej strony, a następnie odsłonić i podwiązać tętnicę szyjną zewnętrzną. *Urbanik.*

Henry Böhm: **Tak zwana karta geograficzna na języku.** *(Landkartenzunge)* **w wieku dziecięcym** *(Sammlung klinischer Vorträge, Neue folge-Volkmann* Nr. 249, IX H. S. IX 1899). Santlus był pierwszym, który w „Journal für Kinderheilkunde“ (r. 1854, Tom XXIII) porównał pewny stan patologiczny języka do karty geograficznej. Gubler, opisując tę samą chorobę, mieni ją „etat lichénoïde de la langue“, a jako jej przyczynę uważa grzybki. Parrot zalicza ją do objawów kiły dziedzicznej. Caspary i Unna wykluczają stanowczo kiłę i istnienie grzybków, a jako czynnik, usposabiający do tej choroby języka, uważają w przeważnej liczbie przypadków niedokrewność. Unna przytem sądzi, że choroby tej nabywa się przez drażnienie nerwów naczynio-ruchowych, wskutek zwiększonego przesięku, spowodowanego skurczem tętniczym i następowego napęcznienia nabłonka. Guinon (Rev. mens. des malad. d'enfance z r. 1887) odróżnia 3 postacie tej choroby: 1) „Glossite exfoliatrice marginée“ (według Lemouniera); 2) „Desquamation à decoupures nettes“ (według Gautiera), zwana także „langue en carte géographique“; 3) „Desquamation du troisième type“.

Henry Böhm, zestawiwszy 100 przypadków tej choroby, uważa tylko pierwszą postać, opisaną przez Guinona, t. zw. postać Lemounierowską, t. j. „Glossite exfoliatrice marginée“, jako odpowiadającą opisywanej przez większość autorów „lingua geographica“. Główną cechą, odróżniającą tę chorobę od innych przytaczanych postaci chorób języka, a objętych dwoma następnemi postaciami Guinowskiemi, jest obecność ostrego dwukonturowego pasa granicznego między plamą a prawidłową powierzchnią języka. Dalszą charakterystyką tej choroby jest, że sprawa chorobowa nigdy nie przechodzi na dolną powierzchnię języka, mimo iż ten dwukonturowy brzeg, nadający cechę karty geograficznej, zawsze wędruje równo z plamą odsłoniętą.

„Lingua geographica“ jest częstą chorobą wieku dziecięcego, szczególnie w pierwszych dwóch latach, której podstawa anatomiczno-patologiczna jest nieznana. W największej liczbie przypadków pojawia się zaraz po porodzie, rzadziej w pierwszym roku życia, rzadko w późniejszych latach. Prawie $^2/_3$ przypadków, spostrzeganych przez autora, zdradza równocześnie objawy zołzów, względnie gruźlicy, częścią z obciążeniem dziedzicznem, częścią zaś bez niego. To też autor uwzględniając ten duży odsetek objawów zołzowych u dzieci z wyżej opisaną chorobą języka, jakoteż występowanie jej rodzinami, dalej przewlekły przebieg i powolne ustępowanie w wieku późniejszym, analogicznie do długotrwających i łatwo powracających chorób nieżytowych, usiłuje wykazać, że „lingua geographica“ jest objawem drugiego okresu zołzów wedle podziału Montiego.

Dr. Bolesław Komorowski.

M. Neumann. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego i związku sprawy zapalnej z urazem.** *(Archiv. Langenbecka T. 62. Z. II).* Pierwsza połowa pracy zajmuje się głównie postępowaniem operacyjnem wobec ropnych, otorbionych zapaleń wyrostka robaczkowego. Mianowicie w klinice Bramanna zawsze tak postępują, że najpierw otwierają ropień, a nie troszczą się narazie o wyrostek, — ranę tamponują, a dopiero, gdy ta jest na wygojeniu, przystępują do operacyi doszczętnej, wyszukują wyrostek robaczkowy, odcinają go, wycinają bliznę po pierwszej operacyi i zakładają szew warstwowy na powłoki brzuszne. Takiem postępowaniem nie naraża się chorego podczas pierwszej operacyi na rozprzestrzenienie się sprawy zapalnej na otrzewnę, jakieby nastąpić mogło w razie przerwania się zrostów, a potem przez wycięcie blizny i zeszycie warstwowe powłok zapobiega się powstaniu przepukliny. W 2-giej części omawia autor związek między urazem a zachodzącym po nim bezpośrednio i po raz pierwszy napadem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Na podstawie 10-ciu odpowiednich spostrzeżeń dochodzi on do wniosku, że związek taki istnieje, — że jednakowoż w przeważnej części przypadków w wyrostku istnieje preformowany „kamień kałowy“. Skutkiem urazu kamień taki przerywa błonę śluzową i otwiera bramę dla zakażenia. Leczenie, jak w każdym ciężkim przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego.

Herman.

Dr. B. Küster. **O rękawiczkach do operacyj.** *(Archiv. Langenbecka T. 62. Z. II).* W pracy tej, pochodzącej z kliniki Bergmanna, potępia autor stanowczo używanie rękawiczek podczas operacyi. Rękawiczki niciane okazały się prawdziwą siecią, wyłapującą bakterye ze skóry rąk operatora i z rany, — a gumowe zanadto przeszkadzają podczas operacyi. Ostatecznie wnosi on: wprowadzenie rękawiczek do operacyi, to wcale nie postęp aseptyki, — lecz owszem, jedno źródło zakażenia więcej. Uczmy się zatem lepiej i sumienniej myć ręce, a metody z czasem jeszcze lepiej się wykształcą. *Herman.*

K. Majewski. **Badania doświadczalne z zakresu chirurgii wojennej.** *(Wiener med. Presse.* Nr. 47, 1900). W pracy tej zastanawia się autor w szczególności nad utratą energii pocisku (syst. Mannlichera), przy przechodzeniu jego przez kości zwierzęce. Za miarę utraty tej energii uważał M. głębokość, na jaką pociski po przejściu przez kość drążyły wgłąb warstwy suchej, zbitej ziemi. Badania te wykazały, że potrójna warstwa kości zwierzęcych o rozmaitych własnościach fizycznych (gąbczaste, zbite, płaskie) zdoła pociski w wysokim stopniu zniekształtnić i ruch ich zupełnie powstrzymać, przyczem zużytą zostaje cała energia 120-tu kgm. Przeważna ilość pocisków po przejściu przez jedną warstwę kości gąbczastych lub zbitych utkwiła w głębokości 20—30 ctm. W warstwie ziemi, utraciła więc $^1/_4$—$^1/_2$ swej pierwotnej siły żywej, t. j. około 30 do 60 kgm. W powierzchownych (do 20 ctm.) warstwach ziemi znajdowano tylko pociski, które wskutek odbicia się od kości utraciły pierwotny kierunek i dążyły ku ziemi w wymiarze poprzecznym. Pociski, przechodzące przez kości płaskie, drążyły na 35—40 ctm. w głąb; utrata energii była więc w tych razach minimalną. Odłamki kostne znajdowano w warstwie ziemi w głębokości 20 ctm. Wynika z tego, że posiadają one znaczny stopień energii udzielonej, wskutek czego nietylko mogą opuścić tkanki zranione, ale nawet działać pośrednio na inny przedmiot, jako pociski. *Urbanik.*

Looft C. (Bergen). **Szmery przypadkowe w sercu u małych dzieci.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Październik 1900). Spór między autorami w sprawie pojawiania się szmerów tzw. „anemicznych“ u dzieci poniżej 3—4 roku życia i kategoryczne oświadczenie Hochsingera, że szmer skurczowy serca u dziecka poniżej czwartego roku życia wskazuje z bezwzględną pewnością na istnienie cierpienia organicznego, spór ten skłonił autora do badań w piętnastu przypadkach u dzieci, dotkniętych bezkrwistością, a w 14 przypadkach także i krzywicą. Cierpienie organiczne serca we wszystkich przypadkach było wykluczone. Wynik badań swych streszcza L. w następujących wnioskach: 1) Szmery przypadkowe można zauważyć u dzieci poniżej trzeciego roku życia. 2) Rozpoznania wady organicznej serca nie można opierać jedynie na istnieniu szmeru skurczowego. Musimy bowiem prócz szmeru skurczowego znaleść inne objawy, jak zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną, przerost serca. Sekcya może naturalnie oddać wielkie usługi dla rozstrzygnięcia przypadków wątpliwych.

Jan Landau.

Jemma. **Przyczynek do nauki o działaniu jadowitem (toksycznem) mleka zwierząt gruźliczych.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Listopad 1900). W ogłoszeniu niniejszem, które należy uważać za tymczasowe doniesienie, podaje autor wyniki swych nader ciekawych badań na zwierzętach, a mianowicie podawał on królikom kilkudniowym mleko wyjałowione, do którego dodawał prątki gruźlicze, poddane poprzednio przez 15 minut ciepłocie 100°. Dla kontroli podawano innym królikom mleko krowie wyjałowione, bez prątków, a inne znowu karmiono mlekiem matek.

Badanie wykazało, że króliki, karmione mlekiem z prątkami gruźliczymi mało przybierały na ciężarze, a niektóre z nich zmarły po 15—20 dniach wśród objawów znacznej chery, a badanie pośmiertne wykazało obecność lekkiego nieżytu kiszek z zaczerwienieniem błony śluzowej jelit i zwyrodnieniem tłuszczowem wątroby; króliki karmione mlekiem krowiem wyjałowionem, bez prątków, lub karmione przez matki, przybierały na wadze i nie okazywały żadnych zaburzeń. Badania te, jakkolwiek jeszcze nieukończone, dowodzą, że dotychczas używane sposoby wyjaławiania są niedostateczne i że mleko, zawierające prątki gruźlicze, nawet wyjałowione w ciepłocie 100°, jest dla dzieci niebezpieczne, szczególnie jeżeli się je karmi przez dłuższy czas mlekiem tejsamej krowy gruźliczej. Błędnem więc jest mniemanie, że gotowanie lub wyjałowienie wystarczają dla zapobiegnięcia niebezpieczeństwom, wynikłym z podawania mleka krów gruźliczych. Zapobiedz temu można wstrzykiwaniem tuberkuliny i usunięciem z użycia mleka krów, dających typowy odczyn na wstrzykiwania. *Jan Landau.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kurt (Wiedeń). **W sprawie leczenia pleśniawek (soor).** *(Wiener klin. Rundschau* Nr. 45, 1900). Pędzlowanie kilka razy dziennie zajętych miejsc mieszanką boraksu i gliceryny (4:15), lub też kilkakrotne podawanie w usta choremu dziecięciu ssawki gumowej, zamoczonej w powyższym rozczynie, dawało znakomite wyniki. W lżejszych przypadkach pleśniawki znikały w 24 godzinach, w cięższych po 2—3 dniach. *Pisek.*

Sontag (Wiedeń). **Nowoczesne leczenie cierpień gośćcowych.** (*Wiener med. Presse* Nr. 46, 1900). Krytyczne omówienie działania przetworów salicylowych i ich stron ujemnych; usilne natomiast zalecanie aspiryny, którą autor stosował z dobrym skutkiem w 23 przypadkach (4,00 dziennie) w najrozmaitszych postaciach gośćca. *Dr. H. P.*

Neter (Berlin). **Leczenie krzywicy wyciągiem z nadnerczy.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* tom 52, zeszyt uzupełniający). Zachęcony korzystnymi wynikami, otrzymanymi przez Stoeltznera w klinice Heubnera, podawał Neter wyciąg z nadnerczy (nazwany „rachitolem“) w 28 przypadkach u dzieci krzywiczych i dochodzi do wyników zupełnie odmiennych, aniżeli Stoeltzner. Rachitol według Nettera zdaje się nie mieć wpływu na krzywicę; w szczególności nie widział korzystnego wpływu tego przetworu nadnercza na objawy typowe krzywicy, dostępne badaniu przedmiotowemu, t. j. na czynności statyczne, na ścieńczenie kości czaszkowych i inne choroby kości, nawet po kilkomiesięcznem podawaniu rachitolu. Również na stan ogólny dzieci rachitol wpływu nie ma. Zapach specyficzny moczu dzieci krzywiczych, na który Stoeltzner pierwszy zwrócił uwagę, także pod wpływem tego sposobu leczenia się nie zmienia, jak niemniej tężyczka i skurcz głośni nie ulegają zmianie. W jednym przypadku po ośmiu tygodniach ciemiączko wielkie nieznacznie się zmniejszyło, w 14 innych zaś rachitol nie zmniejszył objawów krzywicy, mianowicie: różańca, zmian na klatce piersiowej, ani też zgrubień nasad kostnych. Ogółem, wynik był niekorzystny, jak również bez wpływu na krzywicę pozostały podawane przez innych autorów wyciągi z gruczołu tarczykowego i z grasicy. *Jan Landau.*

Mayer i Wickel (Tybinga). **W sprawie leczenia padaczki sposobem Flechsiga (makowcem i przetworami bromu), a względnie modyfikacyą Ziehena.** (*Berl. klin. Wochenschrift* N. 48, 1900). Punkt ciężkości powyższego postępowania leczniczego, zalecanego w padaczce, polega na podawaniu makowca, powiększając stopniowo dawkę aż do 0·90 dziennie, przy starannem przestrzeganiu odpowiedniej dyety (wzbronione są: wyskok, kawa, herbata i korzenie) i równoczesnem stosowaniu wieczorami zabiegów wodoleczniczych. Ziehen kładzie także szczególniejszy nacisk na podawanie bromu w wielkich dawkach (8,00—9,00) przez przeciąg jednego roku. Jedynem przeciwskazaniem ma być niedostateczne odżywienie i ciężka wada sercowa. Spostrzeżenia więc dokonane na całym szeregu chorych padaczkowych, przy ścisłem uwzględnieniu wszystkich tych wskazówek, nietylko nie stwierdziły, jakoby taki sposób leczenia miał pociągnąć za sobą ciężkie zaburzenia, lecz przeciwnie, uzyskano tak korzystne wyniki, jakich nie można było otrzymać, podając jedynie przetwory bromu. W szczególności zaś podnieść należy, że ilość napadów znacznie się zmniejszyła, powtóre, że stan ogólny chorych (waga ciała) i sfera umysłowa wielce się poprawiają; czy jednak ta poprawa jest stałą, autorowie nie rozstrzygają. *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie z dnia 23 listopada 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 62.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Przewodniczący przedstawia gości: kol. Stefanowicza i kol. Polaszka.

Jako delegatów na naradę w celu zawiązania »Towarzystwa popierania nauki« wybrano kol. Macheka i kol. Wehra.

Kol. Rencki przedstawia i omawia przypadek akromegalii.

S. K. lat 47, zarobnik z pod Stryja Dziedzicznie nie obciążony. Nie chorował nigdy; w 20 roku życia odbył służbę wojskową. Obecna choroba miała się rozpocząć przed 4 laty silnymi bólami i zawrotami głowy; bóle te, które utrzymywały się tak w dzień, jak i w nocy, były tak znacznego stopnia, że chory nie mógł poruszać głową Wkrótce zauważył, że cały brzęknie, a obrzęk ten zajął równocześnie głowę, tułów, kończyny górne i dolne. Kończyny górne miały być tak zgrubiałe, że chory nie mógł wdziać dawnej koszuli, a język tak był również zgrubiały. że przeszkadzał mu przy mówieniu i przyjmowaniu pokarmów. Ogólny ten obrzęk utrzymywał się stale przez lat trzy. Przed rokiem, z chwilą gdy chory zaprzestał zupełnie pracy, obrzęk począł się zmniejszać, wreszcie ustąpił zupełnie na tułowiu i kończynach; pozostały jednak aż do obecnej chwili znacznie zgrubiałe: nos, wargi, język, ręce. oraz stopy. Z chwilą ustępowania obrzęku zauważył chory upośledzenie wzroku, oraz doznawał uczucia, jakby mu kto oczy z boku przysłonił. Od roku wzmogły się znacznie apetyt oraz pragnienie; mocz oddaje często i w obfitej ilości; popęd płciowy począł zanikać, a z nim ustał wzwód prącia. Od początku samej choroby pamięć chorego znacznie osłabła, z trudnością przychodzi mu myśleć i wyrażać się. W ostatnich czasach bóle i zawroty głowy nieco się zmniejszyły. Napojów wyskokowych nie nadużywał, kiły nie przebywał.

Mężczyzna wzrostu średniego, o skórze bladej, miernie odżywiony, okazuje silną budowę kośćca. Obwód czaszki 57 ctm., szczęka dolna występuje nieco ku przodowi i zachodzi kilka mm. przed szczęką górną. Kości długie kończyn górnych i dolnych zmian nie okazują, ręce i stopy znacznie zgrubiałe, a prześwietlenie rąk promieniami Röntgena wykazuje tylko nieznaczne zgrubienie kości, — natomiast daleko większe części miękich. Żebra zgrubiałe. Twarz w całości zgrubiała, skóra nieco grubsza, nos znacznych rozmiarów, wargi grube, mięsiste, język szeroki, gruby, mięsisty. Smak i powonienie zmian nie okazują; badanie ócz wykazuje zanik nerwu wzrokowego, oraz „hemianopsia bitemporalis.“ Gruczoły karkowe nieco powiększone, gruczoł tarczykowy wyczuć się nie daje. W płucach objawy suchego nieżytu oskrzelowego; serce bez zmian, tętno 68. Wątroba niepowiększona; śledziona macalna pod łukiem, nieco twardsza; prącie, a zwłaszcza żołądź, znacznie zgrubiałe (powiększenie to zauważył chory od roku); jądra bez zmian; odruchy kolanowe osłabione, czucie bólu, dotyku, ciepłoty prawidłowe. Badanie żołądka wykazuje naczczo 200 ctm.³ soku żołądkowego z wyraźną reakcyą na wolny HCl o og. kwas. 10. Próby trawienia wypadają prawidłowo. Rozmiary sztucznie rozdętego żołądka nieco większe. Badanie krwi. C. czerw. 4.000 000 C. białe 5.800, Hgl. 85%, Neutrofile 59.66%, Limfocyty 33.33%, Przejściowe 3.7%, Eozynochłonne 3.33%.

Stolec bez zmian. Mocz o c. g. 1030, cukru 3.9%, białka nie zawiera. Wobec wyników badania przedmiotowego, rozpoznanie akromegalii nie ulega wątpliwości. Obecność widzenia połowiczego odnieść należy do guza przysadki mózgowej, która to zmiana tak stale towarzyszy akromegalii. Czy w danym przypadku mamy do czynienia ze sprawą nowotworową, czy tylko z przerostem nasadki mózgowej, stanowczo trudno rozstrzygnąć, wiadomą bowiem rzeczą, że i sprawa nowotworowa przez szereg lat trwać może (Mendel). Uwzględniając jednakowoż brak większych objawów mózgowych, a nawet w ostatnich czasach zmniejszenie się bólów głowy, raczej przyjąć należy, że przyczyną ucisku na skrzyżowanie n. n. wzrokowych jest przerost przysadki. Na szczególniejszą uwagę zasługuje ten przypadek ze względu na początkowy okres chorobowy. Choroba rozpoczęła się przed laty 4 ogólnym obrzękiem, który najrychlej odnieść należy do myxoedema. Z chwilą gdy ustępować zaczęły obrzęki, pojawiły się zaburzenia wzrokowe, świadczące już o rozpoczynającym się przeroście przysadki,

a niebawem rozwinął się zupełny obraz akromegalii. (Streszczenie własne).

Kol. Zalewski (jako gość) przedstawia chorego ze zwężeniem tchawicy poniżej otwartej rany tracheotomijnej.

Kol. Machek przedstawia pięciu chorych, leczonych na ubytki w rogówce przez przeszczepienie płatów spojówkowych (według metody Kuhnta). Operuje się nietypowo. Ubytek oczyszcza się (wyskrobuje), płat spojówki do pokrycia powinno się brać możliwie zdrowy i możliwie cienki. Jako wskazania uważa kol. Machek: wrzody postępujące, wrzody gnuśne, ropnie nawet nie otwarte, wypadnięcia tęczówki, wogóle wszystkie te przypadki, gdzie oko jest otwarte, a otwór wolno wypełnia się (goi). Przy wydęciach rogówkowych płat spojówki przeszczepionej działa wzmacniająco.

Kol. Niemiłowicz demonstruje przyrząd, naśladujący system rur wodociągowych i stosunki parcia w nich. Wbrew ogólnemu przekonaniu, pomiędzy dwoma miejscami parcia dodatniego może znaleźć się miejsce parcia ujemnego, które w danych warunkach może wywierać działanie ssące na otoczenie. Parcie to ujemne zdarza się na tych miejscach, gdzie rura nagle się zwęża i znów rozszerza, co jak wiadomo, rzeczywiście przydarza się w miejscu łączenia dwu rur. Praktyczne znaczenie faktu tego jest, iż w razie nieszczelnego połączenia rury, może nastąpić ssanie produktów z otoczenia (z kanałów) i zanieczyszczenie wody.

Dr: J. Krzyszkowski, sekretarz.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 30 listop. 1900.

Na porządku dziennym »Projekt regulaminu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego«; referenci Dr. Rencki, Dr. A. Gluziński.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 48.

Kol. Sielski zagaił odczytaniem listu Rady Nadzorczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. — Rada Nadzorcza zgadza się na przedłożony jej Projekt Regulaminu, zastrzega sobie tylko ewentualną zmianę § 5, gdyby ów w wykonaniu okazał się niepraktycznym.

Kol. Gluziński, jako sprawozdawca, udziela wyjaśnień na interpelacye członków co do pojedynczych paragrafów. Dla skrócenia obrad uchwalono nie zastanawiać się nad poprawkami stylistycznemi, natomiast członkowie zechcą je w przeciągu trzech dni nadesłać do biura do rozpatrzenia.

Z poprawek rzeczowych na str. 12 § 71 opuszczono zdanie: »Propozycę na członków »Komisyi matki« przedkłada zarząd.«

Zresztą Regulamin w całości przyjęto.

Kol. Beck, który w czasie obrad objął przewodnictwo, kończy posiedzenie podziękowaniem koll. referentom, prof. A. Gluzińskiemu i Dr. Renckiemu za wypracowanie Regulaminu.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 28 listopada 1900.

Przewodniczący: kol. prof. Jordan.

I. Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia odroczono do następnego posiedzenia.

II. Kol. Doc. Seńkowski przedstawił w krótkości badania nad budową ciał ksantynowych w ich historycznym rozwoju od badań Scheelego do najnowszych czasów, a przeszedłszy do ostatnich badań Fischera omówił sposoby syntetycznego otrzymania ciał ksantynowych, znajdujących się w przyrodzie. Uważając razem z Fischerem ciała ksantynowe za pochodne puryny ($C^5 N^4 H^4$), jako związku najprostszego, określił prelegent budowę chemiczną wszystkich ciał ksantynowych, znajdujących się w świecie zwierzęcym i roślinnym. Syntezy tych ciał mają wielkie znaczenie w przemyśle, bo wskazują drogę sztucznego otrzymania tak ważnych związków, jak kofeina i teobromina, z drugiej zaś strony między stukilkudziesięciu purynami, otrzymanemi przez Fischera, mogą się znaleźć związki, dające się z korzyścią zastosować w terapii. Synteza połączeń puryny, czyli ciał ksantynowych może się stać podstawą z jednej strony wytłómaczenia budowy ciał w skład jądra komórkowego wchodzących, z drugiej wyjaśnienia takich pytań, jak przyczyny skazy moczanowej. (Streszczenie własne) (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. prof. Wachholz zapytuje kol. prelegenta, czy sztuczna kofeina była badaną fizyologicznie; kol. Bier zwraca uwagę, że synteza mocznika została dokonaną nie przez Wöhlera, lecz przez polaka Natansona.

P. Wróblewski wspomina o usiłowaniach otrzymania nikleoalbuminów przez wprowadzenie do białka grupy kwasu metafosforowego i ciał ksantynowych, a następnie opisuje swoje doświadczenia nad połączeniami puryny z kwasem ortofosforowym.

Kol. Doc. Seńkowski odpowiada, że o badaniach fizyologicznych sztucznej kofeiny nie wie, jednakże chemiczne metody są tak pewne, że one same wystarczą do zidentyfikowania otrzymanego produktu. Co się tyczy syntezy mocznika z siniami amonowego, to się ona należy bezwarunkowo Wöhlerowi; Natanson zaś otrzymał mocznik działaniem amoniaku na fosgen, a tem samem udowodnił bezpośrednio, że mocznik jest amidem kwasu węglowego.

Prace dotyczące nukleoalbuminów kwasu metafosforowego itd. są prelegentowi znane, o tych jednak nie mógł wspominać w odczycie, którego treścią były tylko synteza i budowa chemiczna puryn.

Kol. Stankiewicz: „O leczeniu zmian zapalnych okołomacicznych.“

Omówiwszy pokrótce na podstawie statystyki wyniki leczenia operacyjnego spraw zapalnych przydatków macicznych przechodzi prelegent do przedstawienia sposobów leczenia zachowawczego, jak: 1) „Columnisatio,“ 2) obciążenie zapomocą śrutu według Freunda, 3) użycie równi pochyłej podług Pinkusa, 4) obciążenie zapomocą kolpeuryntra z rtęcią, według Halbana, 5) stosowanie gorących wystrzykiwań pochwy i okładów ichtyolowych, zalecanych podług Stratza.

Opisując technikę i wskazanie każdej z poszczególnych metod, kreśli St. sposób postępowania, przyjęty na klinice prof. Jordana w leczeniu spraw zapalnych tkanek przy- i okołomacicznych. Na podstawie 90 klinicznie spostrzeganych przypadków (71 chorych stałych i 19 przychodnich), podaje ogólnie wyniki, uzyskane w leczeniu rozmaitych rodzajów spraw zapalnych przy użyciu powyżej opisanych sposobów — i dochodzi do następującego wniosku: Powyższe metody, w działaniu swojem bardzo blizko siebie stojące, we właściwych przypadkach stosowane, — stanowią dzielne środki leczenia, wpływając w stosunkowo szybki, a niezwykle łagodny sposób na usunięcie produktów zapalnych, jako też ich następstw, — wyjątkowo w swych skutkach szkodliwe, — czynią w większości przypadków ręczne mięsienie zupełnie zbytecznem.

W dyskusyi zabierają głos kol. prof. Rosner i kol. Doc. Braun.

Pierwszy podnosi, że w swych dwóch przypadkach, leczonych z powodu przewlekłych zapaleń przydatków sposobem Owarda, udało mu się usunąć bardzo dolegliwy ból międzymiesiączkowy (Mittelschmerz); zapytuje przeto kol. prelegenta, czy na podstawie dużego materyału klinicznego, leczonego w ten sposób, nie nabył w tym kierunku jakichś pewniejszych danych.

Kol. Doc. Braun zaznacza, że i przy zachowawczem leczeniu musi się ściśle określać wskazania; — ważnem jest mianowicie zdać sobie sprawę, czy to są wypociny, zmierzające do zropienia, czy też wypociny, zmierzające do zaciągania się. W pierwszych bowiem przypadkach leczeniem tem można tylko zaszkodzić, podczas gdy w przypadkach drugich napewno pomożemy.

Kol. Stankiewicz podnosi w odpowiedzi, że rozróżnienie i należyte rozpoznanie rodzaju wypociny jest często bardzo trudne; — ostrożne jednak stosowanie opisanych przez niego metod dobre świadczy usługi i w okresie podostrym.

Na tem zakończono obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VII. Listy z Syberyi.

Badanie moru w sąsiedniej Mongolii i Kraju Zabajkalskim. — Nieco o stanie zdrowotnym. — Referaty zawarte w I. tomie prac I. Zjazdu Wszechrosyjskiego klimatologów i balneologów, a odnoszące się do Syberyi.

W ciągu minionego lata odbyła podróż naukową po Mongolii i Kraju Zabajkalskim ekspedycya pod kierownictwem p. Langego, weterynarza i dyrektora Kazańskiego Instytutu weterynaryjnego, przy współudziale bakteryologa

doc. dra Podbielskiego z Kazania, oraz jednego lab-ranta. Ekspedycya została zorganizowana przez ministeryum spraw wewnętrznych, trwała blisko 4 miesiące, rozporządzając znacznymi środkami pieniężnymi, wyasygnowanymi przez ministeryum, w kwocie 24 tysięcy rubli. Komisya przeciwmorowa wydała na ekspedycyę do jednej Mongolii kilkadziesiąt tysięcy rubli. W ciągu paru lat ostatnich były tu wysłane dwie ekspedycye: dra Zabołotnego i dra Damaskina, a prawie jednocześnie z p. Lange był delegowany przez komisyę dr. Skrzywan z Odessy. Dr. Zabołotnyj jeździł do okręgu Łob-nor na granicę Mandżuryi, gdzie sprawdził doniesienie lekarza misyi francuskiej, dra Montignon, (zmarłego, jak wiadomo, podczas ostatnich rozruchów w Chinach), był w miejscowości, w której grasowała epidemia i sam spostrzegał kilku chorych; drowi Damaskinowi w przejeździe przez Mongolię nie udało się nic widzieć; dr. Skrzywan, który miał bardziej ograniczoną misyę, bo tylko w Urdze (dozór, by dżumy nie zawleczono w granice Rosyi), zebrał niemniej cenne uwagi, potwierdzające fakta, poprzednio podane przez dra Talko-Hryncewicza, co do lokalnych gniazd moru w Mongolii, rozkopał kilka nór tarbaganów, mających być roznosicielami choroby i kilkanaście żywych egzemplarzy zabrał dla badań do Odesy. Ekspedycya p. Langego nie obserwowała chorych na mór, ani ludzi, ani zwierząt; po dłuższym pobycie w Urdze udała się do Akszyńskiego okręgu, gdzie przed laty były w różnym czasie przypadki moru odmiany gruczołowej i płucnej wskutek zarażenia się mięsem tarbaganiem, lub przez zdejmowanie skóry z chorych tych zwierząt. Szczepień żadnych nie robiono; dr. Podbielski rozkopał parę nor tarbaganich i to próżnych; niemniej na podstawie takich danych p. Lange przyszedł do wniosków, które wydrukowała w skróceniu gazeta irkucka *Wostocznoje Obozrenije*, że żadnego moru nigdy ani w Kraju Zabajkalskim, ani w Mongolii nie było, a jest to inna choroba, podobna do moru, rodzaj „czarnej krosty“ (sibirskaja jazwa). Dla potwierdzenia swego założenia, na prośbę p. Langego, gubernator wojenny obwodu zabajkalskiego zażądał od lekarzy wykazu co do liczby przypadków czarnej krosty w latach ostatnich. Zapatrywania dr. Podbielskiego różniły się od poglądów p. Langego, gdyż pierwszy z nich, zgodnie z innymi lekarzami, twierdził, iż choroba, od czasu do czasu nawiedzająca Mongolię i Krainę Zabajkalską, ma charakter morowy. Zdanie, wygłoszone przez p. Langego wobec administracyi kraju, — ludzi niefachowych, może wielce zaszkodzić w przyszłości tak sprawie naukowego zbadania tej choroby, jak i walce z nią. Potrzebne tu bowiem obfite środki i dzielni pracownicy, tembardziej, że obecnie Wielki książe Oldenburski, człowiek wpływowy i energiczny, usunął się od prezesowstwa w komisyi przeciwmorowej, której działalność może się w końcu ograniczyć do czynności wyłącznie kancelaryjnej. Co do zbadania moru w Mongolii i Kraju Zabajkalskim, powtórzę to, cośmy już mieli możność wypowiedzieć w przeszłych naszych listach, że tego rodzaju ekspedycye są tylko bezowocną stratą czasu i zasobów, gdyż do tego potrzeba osiadłego lekarza bakteryologa, któryby stale przebywał w Urdze. Było to już jakoby postanowione przez komisyę przeciwmorową i polecono drowi Skrzywanowi pozostawienie urządzonej pracowni dla jego następcy, lecz widocznie wypadki w Chinach wstrzymały mianowanie lekarza na to stanowisko. Żywimy jednak nadzieję, że prędzej lub później to nastąpi. Podobnie jak w latach ostatnich, w początkach jesieni pojawiać się zaczęły w Syberyi Wschodniej przypadki chorób zakaźnych, durzyca brzuszna, krztusiec, niekiedy błonica z przebiegiem niezbyt złośliwym. Szczepienia surowicy przeciwbłoniczej nie powiodło się tu zastosować, gdyż przysłana przed paru laty z Petersburga, z Instytutu medycyny, w czasie gdy chorych na błonicę nie było, dziś się okazała zbyt starą i rozłożoną.

Z teatru walki w Chinach dochodzą wieści o znacznym odsetku chorych i ranionych lekarzy. Zima, skupienie wielkiej ilości wojska, niewygody, złe odżywienie i zanieczyszczona woda, nie mogą nie wpłynąć na rozwój chorób epidemicznych, które i bez tego często tam grasują, jak cholera, mór, durzyca, zimnica; w dzisiejszych okolicznościach choroby te stać się mogą jeszcze bardziej złośliwemi i groźniejszemi od kul nieprzyjacielskich.

W tych dniach doszedł do rąk moich tom pierwszy prac I-go Wszechrosyjskiego Zjazdu balneologów i hidrologów; księga ta o 850 str. druku zawiera 60 prac, odczytanych na Zjeździe. Redakcyi tego wydawnictwa podjął sie sekretarz Rosyjskiego Tow. opieki nad zdrowiem ludu i sekretarz byłego Zjazdu, ziomek nasz, znany w świecie naukowym, dr. Władysław Hubert. W wydanym tomie znajdują się prace, poświęcone Syberyi: dra Krutowskiego, „O jeziorze Szyro w gub. Jenisejskiej“, jednem z najbardziej uczęszczanych źródeł słonych, do którego zjeżdżają się liczni kuracyusze. Jezioro to, zawierające sól morską i szczawy alkaliczne, nadaje się do leczenia chorób: żołądka, jelit, wątroby, narządów kobiecych, zołzów i t. d.; szkoda tylko, że zbyt pierwotne urządzenie; ogólna drożyzna, brak dobrych mieszkań, żywności, nie mogą zadowolnić i najmniej wymagających. Pomimo tego z najdalszych zakątków Syberyi ściągają się goście nad Szyro, które Sybirakom zastępuje morskie kąpiele. Dalej znajdujemy aż trzy referaty, odnoszące się do Krainy Zabajkalskiej: drów Dawydowa i Horbacewicza odnoszą się do klimatologii i poruszają sprawę suchot płucnych. Szeroko rozpowszechnione śród publiczności miejscowej i przyjezdnej błędne mniemanie, iż w Krainie Zabajkalskiej suchoty nie istnieją i że suchotnicy powinni szukać tu ratunku; dziś, przy ułatwionej komunikacyi, mniemanie to może niejednego w błąd wprowadzić, co i spowodowało wypracowanie referatu o tej sprawie. Suchość klimatu i położenie wysokie wpływają niewątpliwie na ustrój krzepiąco, zwiększając przemianę materyi; obfitość światła słonecznego, przeźroczystość powietrza, ciągłe wiatry, często tamują proces gnicia i rozwój laseczników, wytwarzając naturalną wymianę powietrza. Nieposlednią też rolę odgrywa tak małe zaludnienie, jak w Zabajkalu; 700 tys. ludności na przestrzeni, przewyższającej półtora raza Niemcy spółczesne, a w tej liczbie trzecia część ludności burjackiej, mieszkającej na rozległych stepach, w daleko rozrzuconych od siebie jurtach. Wszystkie te warunki, zdawałoby się, nie powinny sprzyjać rozwojowi gruźlicy. Z drugiej jednak strony wielkie wahania ciepłoty w dnie i noce, nizka temperatura wogóle, wpływają na powstawanie nieżytów dróg oddechowych, często pociągających za sobą cierpienia płucne. Wieloletnie doświadczenie pouczyło mnie, że większość chorób płucnych rozwija się na tym gruncie z wyżej wymienionych powodów. Skutkiem surowego klimatu przebieg samej choroby bywa o wiele ostrzejszym, niż w innych miejscowościach; dodać tu jeszcze należy niehigieniczne życie, nadużywanie napojów wyskokowych, któremu od młodych lat ludność tutejsza się oddaje, czem upośledza trawienie i czyni ustrój bardziej wrażliwym na wpływy zewnętrzne i zmiany temperatury.

Tutejsi nomadzi, przeniesieni z jurt stepowych w duszną miejską atmosferę mieszkań, pozbawionych światła i świeżego powietrza, szczególniej przy biurowej pracy i braku ruchu, szybko więdną, mięśnie ich stopniowo zanikają, klatka piersiowa się zapada, powłoki ciała bledną, występuje suchy kaszel, podniesiona ciepłota i często kończą życie na suchoty galopujące. U przejezdnych z gruźlicą przewlekłą choroba ma przebieg bardziej przyspieszony. Natomiast ludzie z usposobieniem limf tycznem, lub ze skłonnością dziedziczną do suchot, znoszą klimat tutejszy wybornie i nawet wzmacniają się. Z tego wynika, że w Kraju Zabajkalskim suchoty płucne nie są rzadkością, a przebieg ich w klimacie surowym jest niepomyślny; a zatem Kraj Zabajkalski nie posiada odpowiednich warunków dla stacyj leczniczych. Dr. Dawydow w oddzielnym referacie porusza też sprawę wód mineralnych w Kraju Zabajkalskim i nalicza 46 źródeł, cho-

ciaż bez przesady możnaby ich liczbę podwoić. Nieprędko jednak tutejsi mieszkańcy będą korzystali z bogatych źródeł; rozwojowi ich przeszkadza małe zaludnienie pierwotne urządzenie i nazbyt krótki w tutejszym klimacie surowym sezon leczniczy, bo trwający zaledwie od 6—8 tygodni. Dotychczas kilka tylko źródeł względnie zbadano, a pozostałych własności chemiczne mało, lub zupełnie nie są znane. Przy obecnych więc warunkach miejscowych żadne sztuczne podniesienie ich nie miałoby racyi bytu, narażając tylko na straty przedsiębiorców, jak to już zresztą miało miejsce z zarządem górniczym Wschodniej Syberyi, który objął w administracyę najbardziej używane wody tutejsze, Jamarowskie, zawierające szczawy alkaliczne.

Jan Iłgowski.

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

(Dokończenie).

O przetokach jelitowo-jelitowych i żołądkowo-jelitowych.

Roux (Lozanna): Doświadczenia na jelitach psów nie dają wiernego obrazu, spostrzeganego u ludzi, a to dlatego, że ludzki przewód pokarmowy jest łatwiejszy i podatniejszy dla wykonywanych na nim zabiegów od przewodu psiego. Celem przetok jest odprowadzanie treści pokarmowej na zewnątrz dla uniknięcia niebezpieczeństwa, grożącego wskutek jej zatrzymania, lub usunięcia chorobowych przypadłości, powstających w chwili przedostawania się treści pokarmowej przez pewne miejsca przewodu pokarmowego, albo wreszcie dla ominięcia przeszkód, tamujących wolne przejście treści pokarmowej, których bezpośrednie usunięcie jest niemożliwe lub niebezpieczne. Przetoka jest z reguły zabiegiem paliatywnym, czasami działa jednakże leczniczo; zajmuje pośrednie stanowisko między przetokami jelitowemi zewnętrznemi, jak: *fistula jejunalis*, *enterostomia*, *anus praeternaturalis*, a radykalnemi operacyami, jak *pylorectomia*, wycinanie guzów i schorzałych części jelit. Boczne łączenie jelit jest najlepsze, gdyż nie wymaga zbyt wielkiej wprawy, dopuszcza robienie dużych otworów, wyklucza tworzenie się zastawek i następowych bliznowatych zwężeń, wreszcie nie zależy od średnicy łączonych pętli jelitowych. W przypadkach ostrych założenie przetoki jelitowo-jelitowej jest wskazane: 1) gdy idzie o przywrócenie wolnego przejścia dla treści pokarmowej, a wykonanie radykalnej operacyi przedstawia duże niebezpieczeństwo; 2) po odprowadzeniu wgłobionych pętli jelitowych, gdy zachodzi obawa o ruchy robaczkowe. Jest natomiast przeciwwskazane: 1) gdy siły chorego dozwalają co najwyżej założenia przetoki zewnętrznej; 2) gdy stan jelit wymaga dla utrzymania życia wycięcia jednej lub więcej pętli, jakkolwiek i w tych przypadkach można założyć przetokę, dodając do niej pozaotrzewnowe wyłączenie schorzałych pętli jelitowych, jak to się robi często w przypadkach uwięzłych przepuklin; 3) gdy siły chorego, stan jelit i wprawność operatora pozwalają na racyonalniejszą i radykalniejszą operacyę. W przypadkach przewlekłych założenie przetoki jelitowo-jelitowej jest jedyną operacyą: 1) w przypadkach guzów, nienadających się do operacyi i 2) w przypadkach niedostępnych ognisk gruźliczych, promieniczych i t. d. Względne wskazania do niej przedstawiają: 1) przypadki dających się usunąć guzów, gdy siły chorego na to nie pozwalają; 2) przypadki przetok kałowych, w których założenie przetoki z wykluczeniem prowadzi do wyleczenia. Zostawienie $1^1/_2$ m. jelita cienkiego i połowy jelita grubego wystarcza do zupełnie dobrego życia, resztę jelita można zatem spokojnie wykluczyć.

Przetoka żołądkowo-jelitowa jest zabiegiem łatwiejszym od jelitowo-jelitowej; zakłada się ją, gdy wycięcie odźwiernika jest niemożliwem, n. p. w przypadkach nienadających się do operacyi guzów; powinno się ją dołączyć do każdej pylorektomii, a to dlatego, by chory, w razie nawrotu choroby, miał nowy odźwiernik, ile możności jak najdalej od starego oddalony. W przypadkach dobrotliwych cierpień odźwiernika i żołądka, w których idzie o sprowadzenie łatwego wydalania treści żołądkowej, należy zakładać zawsze przetokę, gdyż jest łatwiejszą w wykonaniu od wycięcia odźwiernika i jego plastyki, a daje te same korzyści. Zakładanie przetoki wskazanem jest w cierpieniach dwunastnicy, w przypadkach żołądków klepsydrowatych można je zakładać w miejsce plastyki żołądka. Zakładanie przetoki ma tę samą wartość, co wycinanie wrzodów żołądka i jest lepszem od gastroplikacyi i gastropeksyi. Jest dobrze wykonaną wtedy, gdy ma kształt Y. Szew ma wyższość nad guzikiem Murphyego, który należy ograniczyć jedynie do przypadków, w których każda minuta jest drogą. Znaczna śmiertelność z zapalenia płuc po tych operacyach jest zagadką, której przyczyny niepodobna dopatrywać w samem uśpieniu chloroformowem.

Souligoux (Paryż) rozpatruje rozmaite chirurgiczne choroby przewodu pokarmowego w świetle korzyści, jakie daje zakładanie przetok jelitowych. W ostrych i przewlekłych przypadkach zamknięcia jelita musi przetoka jelitowo-jelitowa ustąpić miejsca odbytowi sztucznemu. W przypadkach zaparcia stolca bez zupełnego zamknięcia, sprowadzonego guzami ruchomymi, które można łatwo usunąć, należy wyciąć odpowiednią część jelita, kończąc operacyę boczną, lub boczno-końcową przetoką, która jest pewniejsza, prędsza i łatwiejsza w wykonaniu od końcowo-końcowego połączenia odcinków jelita. W sprawie przetok żołądkowo-jelitowych dochodzi prelegent do następujących wniosków: żołądek jest, z wyjątkiem cierpień nerwowych, terenem chirurgii. W przypadkach bliznowatego zwężenia odźwiernika i początkowej części dwunastnicy, przetoka żołądkowo-jelitowa jest jedynie dozwoloną, albowiem jest ona prawie zupełnie bezpieczną, powraca chorym zupełne zdrowie, jest zabiegiem lżejszym i pewniejszym od wycięcia odźwiernika lub od jego plastyki. W przypadkach zwężeń rakowatych odźwiernika przetoka jest i pozostanie najczęstszą operacyą; wycięcie odźwiernika ograniczyć się musi jedynie do początkowych okresów raka, kiedy niema jeszcze zrostów z wątrobą, trzustką, okrężnicą i kiedy niema jeszcze przerzutów w gruczołach. Przetoka musi kończyć każdą operacyę wycięcia odźwiernika i dwunastnicy, gdy to wycięcie było bardzo rozległe. Jest ona dalej wielce pożytecznym zabiegiem w daleko posuniętych owrzodzeniach żołądka, nie dlatego, że chroni od krwotoków, ale że uwalnia żołądek od zbytniej pracy i stawia wrzód w warunkach, przyśpieszających jego gojenie i zabliźnianie się. W przypadkach żołądków klepsydrowatych ma przetoka wyższość nad plastyką. W przypadkach niestrawności, gdy lekowanie wewnętrzne nie pomaga, a objawy, polegające na zaleganiu treści żołądkowej, silnych bólach, utrzymują się ciągle, założenie przetoki może sprowadzić wyleczenie. Co się tyczy sposobu operacyjnego, to oddaje pierwszeństwo metodzie Hackera, a ucieka się do przetoki przedniej tylko wtedy, gdy wykonanie pierwszej jest niemożliwe. Z fizyologicznego punktu widzenia najdoskonalszą jest metoda Roux.

Petersen (Heidelberg). Liczne metody zakładania przetoki żołądkowo-jelitowej, podane celem udoskonalenia postępowania Wölflera, dotyczą dwóch głównych punktów: 1) uzyskania pewnego i jak najbardziej skróconego sposobu szycia; 2) zapewnienia należytego odpływu treści pokarmowej i uniknięcia zwracania (regurgitacyi). Co się tyczy punktu pierwszego, to szew nie znalazł do dnia dzisiejszego idealnego zastępstwa; najwięcej jeszcze zalet ma guzik Murphyego, którego użyto w przetoce żołądkowo-jelitowej w klinice Heidelbergskiej 168 razy, zyskując za każdym razem pewne połączenie między ścianą żołądka, a jelitem. Co się tyczy punktu drugiego, to zwracanie daje się najłatwiej uniknąć przy stosowaniu metody Hackera *(gastro-enterostomia posterior retrocolica).* Złe jej wyniki u licznych operatorów czerpią swe źródło w zapoznawaniu stosunków topograficznych. Najwyższy punkt wstępującego ramienia dwunastnicy leży zawsze nieco wyżej od początkowego odcinka jelita czczego *(plica duodeno-jejunalis).* Odcinek ten jelita czczego leży znowu w przypadkach prawidłowego żołądka nieco wyżej od najniższego punktu wielkiej krzywizny żołądka. W przypadkach zaś, w których zakładamy przetokę żołądkowo-jelitową, mamy zawsze do czynienia z rozstrzenią żołądka, a więc mamy także różnicę w odstępie między wspomnianym odcinkiem, a najniższym punktem wielkiej krzywizny żołądka, wzrastającą w miarę zwiększania się rozstrzeni żołądka. Biorąc zatem przy zakładaniu przetoki metodą Hackera doprowadzający odcinek jelita nie dłuższy, jak odległość między *plica duodeno-jejunalis* a przetoką, to wszyta do żołądka pętla przebiegać będzie dość prosto od góry ku dołowi wzdłuż tylnej ściany żołądka i nie będzie odcinka prawego i lewego, ale górny i dolny. Warunki odpływu treści żołądkowej będą bardzo pomyślne, gdyż doprowadzający odcinek dochodzi od góry, a odprowadzający odchodzi ku dołowi. Rozumowanie to stwierdza doświadczenie kliniki heidelbergskiej, której statystyka przedstawia się w następujący sposób: przetokę żołądkowo-jelitową przednią wykonano 19 razy, z tego w 3 przypadkach było zwracanie (regurgitatio) (1 raz śmierć, 2 przypadki uratowano zapomocą założonej przetoki jelitowo-jelitowej). Przetokę żołądkowo-jelitową tylną założono 197 razy, a w żadnym przypadku nie było wyraźnego zwracania (regurgitacyi), w 28 przypadkach wystąpiły

wymioty, usunięte kilkorazowem przepłókaniem żołądka. Ogólna liczba wykonanych przetok żołądkowo-jelitowych wynosiła od roku 1881 do 1/7 1900, 216 z 47 przypadkami śmierci, czyli 22% śmiertelności (między tymi w 14 przypadkach dołączono przetokę do pylorektomii). Przetokę przednią wykonano 19 razy z 9 przypadkami śmierci, czyli 50% śmiertelności; przetokę tylną 197 razy z 38 przypadków śmierci, czyli 19% śmiertelności; przetokę tylną ze szwem wykonano 45 razy z 14 przypadkami śmierci, czyli 31% śmiertelności; przetokę tylną z guzikiem Murphyego wykonano 152 razy z 24 przypadkami śmierci, czyli z 16% śmiertelności; przetokę tylną z guzikiem Murphyego wykonano w latach między 1896—1898 60 razy z 12 przypadkami śmierci, czyli 20% śmiertelności; przetokę tylną z guzikiem Murphyego wykonano w latach 1898—1900 92 razy z 12 przypadkami śmierci, czyli 13% śmiertelności; przetokę tylną z guzikiem Murphyego wykonano z powodu rakowatego zwężenia odźwiernika 86 razy z 21 przypadkami śmierci, czyli 24% śmiertelności; przetokę tylną z guzikiem Murphyego wykonano z powodu dobrotliwego zwężenia 64 razy z 4 przypadkami śmierci, czyli 6% śmiertelności. W ostatnich 34 przypadkach nie było ani jednego przypadku śmierci; 12 przypadków śmiertelnych, które miały miejsce w latach od 1898—1900, były spowodowanej zapadem i osłabieniem serca 5 razy, zapaleniem płuc 5 razy, skręcenem jelita raz, zapaleniem otrzewnej, wychodzącem ze zropiałego gruczołu rakowatego, raz.

Giordano (Wenecya) poleca w przypadkach raka jelita ślepego, przy rozstrzeni okrężnicy i w przypadkach wrzodziejącego zapalenia okrężnicy, wykluczenie jelita grubego zapomocą założenia przetoki między jelitem biodrowem a jelitem esowatem.

Eiselsberg (Królewiec) podnosi, że w całkowitem wykluczaniu pętli jelitowych uzyskało się dobry środek leczniczy w przypadkach nie nadających się do operacyi przetok kałowych i innych niedostępnych zwężeń przewodu pokarmowego i że także częściowe wykluczenie sprowadzić może wyleczenie w przypadkach rozstrzeni jelita grubego, a także w przypadkach wrzodziejącego zapalenia okrężnicy.

Murphy (Chicago): *O niedrożności jelit.* W nader wyczerpującem sprawozdaniu, opartem na 1.600 zestawionych przypadkach niedrożności jelit, motywuje wprowadzony przez siebie następujący ich podział:

1. *Ileus adynamicus* występuje zawsze w następstwie częściowego porażenia pętli jelitowej, powodowanego: *a)* porażeniem, występującem po rozległych zabiegach na krezce w następstwie zaburzeń w krążeniu; *b)* porażeniem uwięzłej pętli jelitowej, występującem szczególnie często w przepuklinach udowych; *c)* porażeniem w następstwie obrażeń rdzenia pacierzowego; *d)* porażeniem w następstwie obrażenia obwodowych nerwów; *e)* porażeniem odruchowem, wywołanem przejściem kamieni żółciowych, uwięźnięciem krezki i t. d. *f)* porażeniem na tle zakaźnem w następstwie zapalenia otrzewnej, zapalenia woreczka żółciowego, zapalenia trąbek, zatoru tętnicy krezkowej, zakrzepu w żyłach: *g)* porażeniem na tle zatrucia moczowego.

2. *Ileus dynamicus* powstaje w następstwie tężcowego skurczu okrężnych mięśni jelitowych na tle zatrucia ołowiem etc.

3. *Ileus mechanicus* powstaje: *a)* przez uwięźnięcie pętli jelitowych wewnątrz lub zewnątrz jamy brzusznej (przepukliny); *b)* przez wgłobienie; *c)* przez zamknięcie jelita wewnątrz jamy brzusznej.

Przestrzega przed podawaniem makowca, gdyż ten powoduje porażenie ruchów robaczkowych i zaciemnia obraz kliniczny.

• • •

IX. Wiadomości zawodowe i ógolno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

napisał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

A teraz zastanówmy się nad tem, co mogło skłonić Wydział krajowy do powzięcia projektu zniesienia pawilonu dla obłąkanych w Krakowie? Zdaje mi się, że nie mogły tu grać roli względy ekonomiczne, albowiem koszt utrzymania chorych w Krakowie a Kulparkowie wynosi przeciętnie jednakową kwotę dziennie. Gdyby krakowski pawilon dla obłąkanych nie był tylko oddziałem wielkiego szpitala krajowego, ale odrębnym i samoistnym zakładem, to koszt utrzymania go i administracyi, w stosunku do małej liczby chorych naraz w nim pomieszczonych, byłby w istocie tak wielki, że utrzymanie go nadal w tej formie byłoby do pewnego stopnia przeciwwskazane. Skoro atoli pawilon ten stanowi pod względem administracyjnym część wielkiej całości, t. j. szpitala św Łazarza, to koszt jego utrzymania, rozłożony na głowę i dobę, musi się równoważyć z kosztem utrzymania zakładu wielkiego, jakim n. p jest kulparkowski. A jeźliby koszt ten [1]) przewyższał nawet nieco koszta kulparkowskie, to różnica ta może wynikać tylko ztąd, że utrzymanie w wielkiem mieście jest droższe, niż na wsi. Gdybyśmy atoli opiekę nad chorymi wogóle oceniali jedynie i wyłącznie tylko ze stanowiska pewnych, choć małoznacznych korzyści ekonomicznych; to w takim razie należałoby wogóle wszystkie szpitale zcentralizować w jedno wielkie, gdzieś w sielskim zakątku umieszczone ognisko. Z uwag powyższych wynika, że koszt utrzymania pawilonu dla obłąkanych w Krakowie nie mógł stanowić motywu, jaki skłonił Wydział krajowy do powzięcia nieszczęsnego projektu zniesienia go i zcentralizowania obłąkanych pod dachem zakładu kulparkowskiego.

Ś. p. radca Wydziału krajowego, Dr. Hoszard pisze w „Sprawozdaniu z czynności departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 1 grudnia 1898 do 31 paźdz 1899“ na str. 8: „Wchodząc w potrzebę fakultetów medycznego i prawnego Wszechnicy Jagiellońskiej zauważamy, że pawilon dla umysłowo chorych mógłby być oddany na pomieszczenie kliniki psychiatrycznej. Kosztem funduszu edukacyjnego pawilon da się doskonale przerobić i rozszerzyć odpowiednio do żądań krakowskiego Wydziału lekarskiego, jak to już w r. 1894 proponowaliśmy c. k. Namiestnictwu.“ Zdania czcigodnego, ale co do poglądów naukowych już nie tegoczesnego ś. p. radcy Wydziału krajowego w sprawie adaptacyi obecnego pawilonu dla obłąkanych na klinikę psychiatryczną, tak dawno w Wydziale lekarskim pożądaną, nie mógł ten Wydział lekarski podzielić, to też stanowczo projekt ten potępił i odrzucił z przyczyn, o których w dalszym ciągu będzie mowa.

W szpitalu św. Łazarza w Krakowie daje się już od dawna czuć dotkliwa potrzeba wybudowania osobnego, nowoczesnym wymaganiom odpowiadającego pawilonu dla chorób zakaźnych, a to tem bardziej, że gmina miasta Krakowa nie posiada do tej chwili tak koniecznego, n. p. na wypadek zawleczenia dżumy, szpitala epidemicznego. Wydział krajowy świadom tej potrzeby, pragnąłby jej zaradzić, ale w jaki sposób? Oto, skoro Wydział lekarski krakowskiej Wszechnicy odrzucił projekt zamiany pawilonu dla obłąkanych na klinikę psychiatryczną, mimo że zdaniem referenta Wydziału krajowego dałby się pawilon doskonale(!) w tym celu przerobić, porzuca on już ten jeden niefortunny pomysł, a chwyta w lot inny, jeszcze mniej odpowiedni, a zarazem zdradzający istotny cel, dla którego Wydział krajowy dąży do zniesienia w Krakowie pawilonu dla obłąkanych. Inspektor szpitali Dr. Stella Sawicki przywiózłszy jesienią r. b. wieść o projekcie zniesienia pawilonu dla obłąkanych, oświadczył ku niepomiernemu a słusznemu zdziwieniu, między innymi Dyrektora prof. Ponikły, doskonale świadomego potrzeb Krakowa i jego szpitala, że z projektem zniesienia pawilonu dla obłąkanych łączy się projekt zamienienia go na pawilon dla chorób zakaźnych. Tak więc rozwiązała się zagadka. Wydział krajowy uznaje potrzebę utworzenia większego pa-

[1]) Wedle Tilkowskyego zestawień koszt wyżywienia na dobę i głowę wynosi w roku 1896 w pawilonie krakowskim 26 8 kr.. w Kulparkowie 25·5 kr. Natomiast koszt lekarstw na głowę i dobę wynosi w Krakowie 1·45 złr., w Kulparkowie 2·3 złr., a zatem koszt żywienia łącznie z leczeniem jest nawet w Krakowie tańszy, niż w Kulparkowie i to licząc na głowę i dobę tańszy o 56·7 kor.

wilonu dla chorób zakaźnych, lecz nie chce go budować; aby jednak potrzebie zadość uczynić, zamierza zamienić pawilon dla obłąkanych na pawilon dla zakaźnych, zarazem zmusić w ten sposób rząd do budowy kliniki psychiatrycznej, któraby zdaniem Wydziału krajowego pełniła w pierwszym rzędzie rolę stacyi obserwacyjnej i filii zakładu kulparkowskiego, zatem rolę dotychczasowego pawilonu. Tak więc, nie względy na jakieś ekonomiczne niekorzyści, wynikające z utrzymania dotychczasowego pawilonu dla obłąkanych w Krakowie jako takiego, lecz wzgląd na urządzenie większego pawilonu dla chorych zakaźnych, były motywem projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych w Krakowie. Nie mogę tu wchodzić w roztrząsanie, czy projekt zamiany dzisiejszego pawilonu dla obłąkanych o 115 łóżkach na pawilon zakaźny, który w zwykłym czasie, gdy niema epidemii, nie wymaga tylu łóżek, jest właściwym, wspomnę tylko, że już wzgląd na bezpośrednie sąsiedztwo pawilonu chirurgicznego z dzisiejszym pawilonem dla obłąkanych, wedle zaś projektu w przyszłości pawilonem dla chorych zakaźnych, czyni projekt ten niemożliwym do zrealizowania. Ale chodzi tu o coś więcej! Oto zdaniem referenta Wydziału krajowego nadawał się dzisiejszy pawilon doskonale(!) na klinikę psychiatryczną, obecnie zaś na szpital dla chorób zakaźnych. Dziś, gdy postęp nauk zmusił architekturę do liczenia się z celem budynku, a cele kliniki psychiatrycznej są zasadniczo odmienne, niż cele oddziału dla chorych zakaźnych, jeden i ten sam budynek chyba o tyle się nadawał na klinikę psychiatryczną a dzisiaj na pawilon dla zakaźnych, o ile n. p. wozownia lub ujeżdżalnia mogą się także nadawać na sale przedstawień teatralnych lub t. p. Po zupełnem zburzeniu dzisiejszego pawilonu nadawałby się grunt, na którym on stoi, pod budowę kliniki psychiatrycznej, nigdy zaś pod budowę pawilonu dla zakaźnych. Z gruntu mylną jest przecie zasada łatania ubrania, które się już połatać nie da, lub w którem koszt połatania nie stoi w stosunku do kosztu zakupienia nowego.

A teraz zapytajmy się, dlaczego projekt zniesienia pawilonu dla obłąkanych nie godzi się nawet z przyszłą a konieczną budową rządowej kliniki psychiatrycznej? Zanim na to pytanie odpowiem, dodam kilka słów o potrzebie tej kliniki i jak ona wyglądać musi; przez to wykażę, że pawilon dzisiejszy nie nadaje się na przerobienie go na klinikę, bo już nie odpowiada wymaganiom zwykłego, a nie klinicznego zakładu. Potrzeby kliniki psychiatrycznej rzecz zbyteczna dowodzić, jest ona bowiem dla każdego Wydziału lekarskiego tak samo ważną, jak inne kliniki lub zakłady. Smutna zaiste rzecz, że krakowski Wydział lekarski, do niedawna jedyny w Galicyi, jej nie posiadał, wskutek czego niemal wszyscy dotychczasowi jego wychowańcy byli pozbawieni podstaw praktycznego kształcenia psychiatrycznego. Stan ten musi jednakowoż niebawem już ustać, skoro obecnie wprowadzona w życie reorganizacya studyów lekarskich w Austryi zmusza ucznia do uczęszczania na wykłady praktyczne z zakresu chorób umysłowych i nerwowych. Tak więc niebawem uzupełni się nasz Wydział lekarski kliniką dla chorób umysłowych i nerwowych, tak jak to jest już oddawna na wydziałach lekarskich Wiednia, Pragi, Gracu i Insbruku. Przyszła klinika będzie w myśl słusznie w tym względzie przyjętego zwyczaju kliniką dla chorób umysłowych i nerwowych, tem samem budynek dla niej przeznaczony musi się rozpaść na dwa oddziały, t. j. oddział dla chorób nerwowych (którego w dzisiejszym pawilonie dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza niema, gdyż tu nie jest on potrzebny) i oddział dla chorób umysłowych. Każdy z tych oddziałów, z natury rzeczy, musi się rozpaść na część, przeznaczoną dla mężczyzn i osobną dla kobiet. Oddział psychiatryczny musi znowu z przyczyn swego przeznaczenia być podzielony na oddział dla chorych spokojnych, niespokojnych i szałowych. Poza ubikacyami, przeznaczonemi dla chorych, musi klinika posiadać salę wykładową, salę przyjęć, pracownie naukowe, kancelaryę profesora, mieszkania dla asystentów, odźwiernego, wreszcie łazienki, kuchnie i t. d. Obok kliniki musi być jakiś ogródek i to podzielony na części dla spokojnych i niespokojnych, dla mężczyzn i kobiet. Kto zna choćby tylko powierzchownie dzisiejszy pawilon krakowski dla obłąkanych w Krakowie, przyzna, że adaptacya jego po myśli wyrażonego podziału na przyszłą klinikę pociągnęłaby za sobą koszta, równające się budowie nowego, od podstawy już celowo zbudowanego gmachu. Klinika ta nie może być tak względem słońca ustawioną, jak dzisiejszy pawilon, w którym szereg ubikacyj dla chorych, wymagających leżenia w łóżku, oraz cele dla szałowych (w dodatku umieszczone w piwnicy) są, jako wystawione na północ, stale pozbawione dobroczynnego wpływu światła słonecznego. „Bei der Anordnung der Gesammtanlage bezüglich der Richtung gegen die Himmelsgegenden — mówi wzmiankowany już A. Funk — ist dahin zu streben, dass die Fronten der Gebäude die Himmelsgegenden durchschneiden, damit keine Seite der Gebäude die Sonne ganz entbehrt. Dem mitteleuropäischen Klima entsprechend sind, die Hauptformen mit den wichtigsten Wohn- und Schlafräumen wo möglich nach Südosten, die Verbindungsgänge nach Nordwesten zu legen.“ Aby temu słusznemu warunkowi zadość uczynić w dzisiejszym pawilonie dla obłąkanych, a już choćby tylko odnośnie do celek dla szałowych, nie wystarczyłaby kwota 9.000 złr., którą przyjął za dostateczną w swem sprawozdaniu inspektor szpitali krajowych Dr. Stella Sawicki. Nie chcę się już dalej zastanawiać nad zasadniczemi wadliwościami dzisiejszego pawilonu dla obłąkanych, bo rozminąłbym się z celem mego pisma; te zaś uwagi są wystarczające, by wykazać, że chociaż ś. p. radca Hoszard uznawał możliwość przerobienia pawilonu na klinikę psychiatryczną, a zarazem i nerwową (o tem przeznaczeniu kliniki dla chorób nerwowych nie myślał zdaje się ś. p. Hoszard) za doskonałą, to jednak nie rozważył kosztów, jakie adaptacya taka musiałaby pociągnąć, kosztów, któreby dorównały kosztom nowej budowy, a stworzyłyby mimo to całość niejednolitą, lecz za nowa już połataną.

(Dokończenie nastąpi).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 20 grudnia 1900.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarz. lekar. krak. odbyły się wybory do Zarządu Towarzystwa na r. 1901. — Wybrani zostali: prezesem kol. prof. K. Kostanecki, wiceprezesem kol. Dr. Murdzieński, sekretarzem dorocznym kol. Dr. Żydłowicz, skarbnikiem kol. Dr. Gwiazdomorski; redaktorem „Przeglądu Lekarskiego“ dotychczasowy redaktor; do Komisyi redakcyjnej powołani zostali koledzy: prof. Jaworski, Doc. Raczyński, prof. Rosner, prof. Trzebicky; do Rady żawiadowczej i na walne zebranie Towarz. lek. galicyjskich koledzy: prof. A. Gluziński i prof. A. Mars.

* Doc. zoologii w Uniw. Jag. Dr. Michał Siedlecki, otrzymał od francuzkiej Akademii nagrodę za pracę: „Monocystes ascidiae.“

* Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności, pragnąc uzyskać jak największe koło czytelników, a przez to może i współpracowników, postanowił od Nowego Roku 1901 wydawać główny swój organ „Rozprawy wydz. mat.-przyr.“ w prenumeracie. Ze względu na ogromny obszar wiedzy, który wchodzi w zakres badań wydziału, Rozprawy będą wychodzić w dwu działach. Dział A. matematyczno-fizyczny obejmie zatem n p. analizę matematyczną, geometryę, mechanikę, astronomię, geofizykę. meteorologię, fizykę, chemię, krystalografię, mineralogię, petrografię, oraz ich historyę. W dziale B. biologicznym znajdzie się n. p. botanika, zoologia, anatomia, embryologia, histologia, anatomia patologiczna, patologia ogólna, fizyologia, psychologia doświadczalna, farmakologia, geologia, paleontologia, geografia, oraz ich historya.

Każdy dział będzie wychodzić w zeszytach, obejmujących o ile możności cały materyał posiedzeń miesięcznych wydziału (których jest 10 do roku), w całych arkuszach druku z ciągłą paginacyą. Z koń-

cem roku dołączona zostanie do ostatniego zeszytu każdego działu karta tytułowa i spis prac w tomie zawartych Bez względu na możliwą ilość materiału zawartego w tomie, ilość rycin lub tablic, cena tomu z działu A. wynosić będzie tylko 8, a z działu B. 10 kor. rocznie.

Każdy prenumerator będzie otrzymywać **bezpłatnie** co miesiąc (oprócz feryi w sierpniu i wrześniu) »Sprawozdanie z posiedzeń wydziału matematyczno-przyrodniczego.« — Skład główny w księgarni Spółki wydawniczej, która przyjmuje prenumeratę i zajmuje się ekspedycyą główną. *Józef Rostafiński* sekretarz wydziału.

* »Oesterreichische Sanitäts Wesen« podaje urzędową statystykę z r. 1899 szerzenia się błonicy w Austryi i śmiertelności z tej zakaźnej choroby. W r. 1899 było przypadków błonicy 31,581 (33,355 w r. 1898); zmarło z błonicy w r. 1899 osób 8565 (9539 w r. 1898), czyli 27,1% w r. 1899 (28,6% w 1898). Liczba zachorowań w Galicyi obniżyła się z 2399 (w r. 1898) na 1629 w r. 1899. Odsetek leczonych surowicą zwiększył się z 45,97% na 53,5%. Śmiertelność leczonych surowicą wahała się w różnych okolicach między 11,21% a 23,6%; odsetek śmiertelności nieleczonych surowicą wahał się między 29% a 58,67%.

* Sekcya chemiczna IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwaliła na jednem ze swych posiedzeń ujednostajnienie chemicznego wyrazownictwa polskiego, a w celu praktycznego przeprowadzenia tej uchwały złożyła całą sprawę w ręce Akademii Umiejętności z nieodwołalnem postanowieniem poddania się jej wyrokowi. Akademia przekazała ten mandat Wydziałowi przyrodniczo-matematycznemu, który się nią gorliwie zajął. Z inicyatywy Akademii zwołaną została dn. 15 b. m. ankieta, w skład której weszli chemicy i językoznawcy polscy. Według naszej informacyi ujednostajnienie chemicznego wyrazownictwa polskiego z zakresu chemii nieorganicznej jest faktem dokonanym; z niektóremi zmianami przeważnie zachowane będzie wyrazownictwo chemiczne krakowskie. W miarę przygotowania materyału z chemii organicznej zwołaną będzie druga ankieta.

* Lwów wzbogacił się nowym zakładem leczniczym; powstał tam „Zakład dla wziewań i kąpieli mineralnych sztucznych Karola Bratkowskiego,“ pod kierunkiem zawodowym Dra Oskara Pilewskiego. Oprócz ściśle mineralnych, wydawać się będą kąpiele roślinne (ziołowe, garbnikowe, igliwiowe, żywiczne i gazowe z Co^2). Urządzenie zakładu jest wzorowe.

* Posłem do Rady państwa z kuryi IV powiatu wadowickiego wybrany został Dr. med. Franciszek Opydo, a z pow. tarnopolskiego Dr. Emil Gładyszowski.

* W Humaniu na Ukrainie obchodzono 50-letni jubileusz zawodowej działalności zaszczytnie znanego Dra Kwiatkowskiego. Kwotę 3800 rub. – zebraną przez przyjaciół i czcicieli, ofiarował jubilat miejscowemu gimnazyum z warunkiem, że z odsetków rozdawane będą uczniom po 50 rub trzy stypendya, po jednem: katolikowi, prawosławnemu i starozakonnemu.

* Stopień Doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. Antoni Michnik i Józef Sędzielowski; w Uniw. lwow. Tadeusz Czaplicki, Karol Witold Ziembicki, Marcin Brill i Izaak Wohl.

* Dr. Karol Kaczkowski mianowany został prymaryuszem i kierownikiem szpitala w Krośnie.

* Ze sprawozdania za r. 1899 warszawskiej kasy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierót biednych po lekarzach pozostałych, dowiadujemy się, że instytucya ta istnieje od r. 1857; z końcem roku sprawozdawczego było członków 850; wsparć udzielono w ciągu tego roku 102 osobom. w ogólnej kwocie 8455 rubli

* Na posiedzeniu Sejmu niższo-austryackiego posłowie Lindheim i towarzysze uczynili następujący wniosek: ze względu na to, że w Niższej Austryi 25% ogólnej śmiertelności przypada na gruźlicę i na 10.000 mieszkańców rocznie 74 ulega tej chorobie, podczas gdy inne choroby razem wzięte nie dochodzą tej liczby; ze względu dalej na to, że gruźlica występuje głównie w warstwie ludzi ubogich, a nie uznana do tej pory prawnie za chorobę zaraźliwą, co raz więcej drogą zakaźności się szerzy i przez to przedstawia się jako prawdziwa mordercza choroba ludowa; wreszcie ze względu na to, że z powodu zaraźliwości suchot niezbędnem jest stopniowe opróżnianie szpitali, a przytem, ponieważ doświadczenie i nauka stwierdziły, że umieszczenie gruźliczych chorych w zakładach na świeżem powietrzu daje świetne wyniki, wnioskodawcy upraszają wysoki Sejm, żeby postanowił: 1) ażeby specyalna komisya krajowa powołała ekspertyzę zawodową, któraby obmyślała środki zapobiegające szerzeniu się gruźlicy w Dolnej Austryi; 2) ażeby ta komisya weszła w porozumienie ze wszystkiemi instytucyami interesowanemi w celu wznoszenia zakładów dla chorych gruźliczych w Dolnej Austryi.

Mianowania i odznaczenia. W Brukseli mianowani zostali profesorami: Dr. Bayet — kliniki chorób skórnych i Dr. Cheval — kliniki laryngologicznej Dr. Thomas mian. został prof. chirurgii w Tours.

Nekrologia. Zmarli: W Paryżu zakończył życie w 83 roku sekretarz stały Akademii lekar. Dr. Stefan Bergeron. Pozostawił kilka doniosłych rozpraw z zakresu pedyatryi.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 12: Dr. Kolińskiego J.: W sprawie leczenia owrzodzeń rogówki, a szczególnie wrzodu pełzającego. Dr. Stankiewicza Cz.: O znieczulaniu rdzeniowem w ginekologii i położnictwie. Dr. Grodeckiego Fr.: Jak się prowadzi walka z chorobami nagminnemi na prowincyi? W *Zdrowiu* (grudzień) Dr. Grodeckiego F.: Kilka słów o domach litewskich. Michałowskiego Z.: O ochronnem szczepieniu ospy w powiecie radzyńskim guberni siedleckiej w r. 1900. Kuropatwińskiego A.: Precz z alkoholem! W *Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 11: Doc: Łepkowskiego: Krwotoki po wyjęciu zęba i ich leczenie (dok.). Dzierzawskiego B.: O leczeniu chorób miazgi (dok.). — W *Medycynie* Nr. 50: Biro M.: O chorobie Friedreicha. Wattena I.: W sprawie aseptyki i antyseptyki w szpitalach małych. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 50: Biernackiego E.: O badaniu krwi we względzie praktycznym. Dr. Kijewskiego F.: O znieczuleniu rdzeniowem zapomocą kokainy (dok.). Kopytowskiego W. Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy półpaścu (ciąg dalszy).

Redakcya otrzymała:

— Prof. Browicz T.: Pochłanianie krwinek czerw. przez komórkę wątrobną i mogące ztąd powstać obrazy w tej komórce. (Wydawnictwo Akad. Umiej.).

— Tenże: Drogi odżywcze w komórce wątrobnej (Wydawnict. Akad. Umiej.).

— Kopczyński St.: Przypadek nerwicy ruchowej o charakterze tików z niezwykłem zaburzeniem mowy (Odbitka z „Gaz. Lekar.“

— Tenże Kilka słów o hemiatetozie z powodu przypadku hemiatetozy w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego (Odbitka z »Medycyny«).

— Tenże: Przypadek bezładu dziedzicznego, czyli t zw. choroby Friedreicha. (Odbitka z „Gaz. Lek.“).

— Dr. H. Erlach i Dr. H. Voerz: Beiträge zur Beurtheilung der Bedeutung der vaginalen und sacralen Totalextirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses. — (Wiedeń, nakładem L. W. Seidela i Syna).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Od Administracyi.

»Przegląd lekarski« wychodzić będzie w ciągu roku 1901 według tego samego programu, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie pieniędzy i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.